

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté d'éducation

Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle :
une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme *Soins
infirmiers* au niveau collégial.

par
Mireille Ellis

Essai présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître en enseignement
Maîtrise en enseignement au collégial

Décembre 2020
© Mireille Ellis, 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle :
une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme *Soins
infirmiers* au niveau collégial.

par

Mireille Ellis

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Katia Hilary
Université de Salford

Directrice de la recherche

Madame Viviane Fournier
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Évaluatrice externe de la recherche

Essai accepté le 9 février 2021

SOMMAIRE

Dans le contexte de diversité culturelle de la société québécoise actuelle, il semble indispensable d'accompagner et de préparer les étudiantes et les étudiants inscrits dans le programme *Soins infirmiers* à cette réalité. La problématique de cette recherche permet d'exposer les limites existantes quant au développement de la compétence culturelle dans le cursus infirmier au collégial. Qu'elles soient liées à la structure même du programme ou à la pratique enseignante par exemple, ces limites ont un impact direct sur la qualité des soins et des services offerts dans le réseau de la santé. Ce faisant, il est essentiel de mettre en place des moyens pour pallier ces lacunes à l'intérieur du programme *Soins infirmiers* au collégial afin de former des étudiantes et des étudiants culturellement compétents. L'élaboration d'interventions spécifiques au développement d'une sensibilité et d'une pratique infirmière en lien avec la diversité culturelle est devenue le moteur de réflexion pour la chercheuse. Cette recherche vise donc l'avancement des connaissances quant au développement de la compétence culturelle des étudiantes et des étudiants inscrits dans le programme *Soins infirmiers*.

Les approches constructiviste et socioconstructiviste ont été retenues pour encadrer les interventions de la chercheuse et pour définir les concepts évolutifs de culture et de compétence culturelle. Le cadre théorique choisi s'appuie d'ailleurs sur cette vision dynamique pour établir les balises de cette recherche. La pratique réflexive des étudiantes et des étudiants en situation de simulation clinique immersive dans un contexte de diversité culturelle a été choisie comme moyen privilégié pour favoriser le développement la compétence culturelle en soins infirmiers au collégial.

Pour mener à bien cet essai, la recherche-intervention a été retenue, il s'agit là d'un type de recherche-action qui s'inscrit dans le pôle de la recherche. La structure de la recherche-intervention commence par un diagnostic de la problématique locale. Ce diagnostic a été réalisé par l'entremise d'un questionnaire en ligne envoyé à toutes les étudiantes et tous les étudiants de quatrième, cinquième et sixième sessions inscrits dans le programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve. Les données recueillies ont mis en relief les sources et les personnes impliquées dans les incidents critiques liés à la diversité culturelle vécus à l'intérieur de ce programme et ont permis de guider les interventions subséquentes de la recherche. En outre, les données récoltées ont corroboré la problématique de la recherche issue de la recension d'écrits, elles ont permis la création d'un scénario de simulation adapté à une problématique locale et sont venues bonifier les réflexions. Si le questionnaire en ligne s'insère davantage dans une approche méthodologique quantitative, le reste de la recherche est qualitative.

Au total, quatre étudiantes et étudiants ont participé aux étapes suivantes. Plusieurs outils de collecte, dont un questionnaire en ligne, une grille d'observation et un journal de bord, ont été utilisés pour colliger les données. Une entrevue semi-dirigée en groupes ainsi que les méthodes d'observation et de facilitation congruentes avec la simulation clinique ont toutefois été au cœur de la démarche de collecte de données pour cette recherche. Les données qualitatives recueillies ont démontré un impact positif de la pratique réflexive sur l'avancement des connaissances et le développement d'une pratique culturellement inclusive chez les participantes et les participants. Finalement, la pratique réflexive s'est avérée particulièrement efficace pour les sensibiliser aux enjeux de la diversité culturelle dans la pratique infirmière.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE	4
1. LE CONTEXTE DE L'ESSAI	4
1.1 Composantes démographiques liées à l'ethnicité	4
1.2 Portrait des étudiantes et étudiants du Collège de Maisonneuve	6
1.2.1 Portrait des étudiantes et étudiants du programme Soins infirmiers	7
1.3 Le programme <i>Soins infirmiers</i> au Collège de Maisonneuve	8
2. LE PROBLÈME DE L'ESSAI	11
2.1 Les écarts dans le programme <i>Soins infirmiers</i> au collégial	12
2.1.1 La place de la compétence 01Q6 dans le programme	13
2.1.2 Les défis de la diversité culturelle	15
2.2 Formation interculturelle et inclusive du corps enseignant infirmier	17
2.3 Les tensions et les répercussions culturelles	19
3. LA QUESTION GÉNÉRALE DE L'ESSAI	23
DEUXIÈME CHAPITRE. LE CADRE RÉFÉRENCE	25
1. LE CONCEPT DE CULTURE EN SANTÉ	25
1.1 La perspective essentialiste et constructiviste de la culture	26
1.2 Santé : individualité et collectivité	28
2. LA COMPÉTENCE CULTURELLE	28
2.1 L'évolution de la compétence culturelle	29
2.1.1 La compétence culturelle selon Campinha-Bacote	30
2.1.2 La sécurité culturelle	32
2.1.3 De la compétence culturelle vers l'humilité culturelle	34
3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE : UNE VISION CONSTRUCTIVISTE	36
3.1 L'approche par compétences	36
3.2 Cadre théorique du développement de la compétence culturelle	38
3.3 La pratique réflexive	41
4. LA SIMULATION CLINIQUE D'INCIDENTS CRITIQUES CULTURELS	45
4.1 La simulation clinique	46

4.2	Les incidents critiques culturels	51
5.	LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE LA RECHERCHE	53
	TROISIÈME CHAPITRE. LA MÉTHODOLOGIE	54
1.	LE POSTULAT DE LA RECHERCHE	54
1.1	Le type de recherche	54
1.2	L'approche méthodologique	57
2.	LES PARTICIPANTES ET LES PARTICIPANTS.....	58
2.1	Population cible et accessible	58
2.2	Échantillon et méthode d'échantillonnage	59
2.3	Le recrutement des participantes et des participants.....	60
2.4	Signature des formulaires de consentement et de confidentialité	61
3.	LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE.....	62
3.1	Modifications à la méthodologie : Covid-19	63
4.	LES MÉTHODES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES.....	66
4.1	Le questionnaire en ligne	66
4.2	Élaboration du scénario de simulation et des outils de collecte de données	67
4.3	Entrevue semi-dirigée en groupe	68
4.3.1	La facilitation (pré-brefage).....	68
4.4	Observation et la facilitation en simulation clinique	69
4.4.1	L'observation participante et la facilitation en brefage	70
4.4.2	L'observation structurée durant la simulation (action)	70
4.4.3	L'observation participante et la facilitation en débriefage individuel	71
4.4.4	L'observation participante et la facilitation en débriefage de groupe.....	71
4.5	Le journal de bord de la chercheuse.....	72
5.	LES CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ	72
6.	LES MODALITÉS D'ANALYSE DES DONNÉES	73
7.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	75
	QUATRIÈME CHAPITRE. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES	
	RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	78
1.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	78
1.1	Les données sociodémographiques de l'échantillon	79

1.2	Les incidents critiques : données quantitatives	81
1.2.1	Les incidents critiques vécus au collège	81
1.2.2	Les incidents critiques vécus en stage.....	84
1.2.3	Être témoin d'incidents critiques	87
1.3	Contextualisation des résultats.....	88
1.4	Les incidents critiques : données qualitatives	92
1.4.1	Le racisme	93
1.4.2	Les préjugés ou stéréotypes	95
1.4.3	Les difficultés communicationnelles.....	96
1.4.4	L'impact des différences culturelles	97
2.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	98
CINQUIÈME CHAPITRE. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES		
RÉSULTATS DE LA PRATIQUE RÉFLEXIVE		104
1.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	104
1.1	Données qualitatives issues de l'entrevue semi-dirigée en groupe.....	104
1.1.1	Réflexion sur l'identité culturelle.....	105
1.1.2	Réflexions et émotions sur les préjugés liés à l'identité culturelle	107
1.1.3	Réactions et réflexions à l'égard du diagnostic local issu du questionnaire en ligne.....	109
1.1.4	Réactions et réflexions sur les principaux thèmes	111
1.1.5	Réflexions à l'égard de la compétence culturelle infirmière.....	114
1.2	Données qualitatives issues de la simulation	116
1.2.1	Émotions lors du breffage	117
1.2.2	Actions lors de la simulation.....	117
1.2.3	Émotions et réflexions en débriefage individuel	121
1.3	Données qualitatives issues du débriefage en groupe.....	125
1.3.1	Émotions et sentiments	125
1.3.2	Réflexions	126
2.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	129
2.1	Les effets de la pratique réflexive durant l'entrevue semi-dirigée et le breffage	131
2.2	Analyse des observations en action lors de la simulation	133

2.3 Les effets de pratique réflexive durant les débriefages.....	135
CONCLUSION	140
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	146
ANNEXE A. LES 22 COMPÉTENCES DU PROGRAMME DE SOINS INFIRMIERS 180.A0	169
ANNEXE B. COMPÉTENCE 01Q6	170
ANNEXE C. GRILLE COURS	172
ANNEXE D. LA MATRICE DES COMPÉTENCES	173
ANNEXE E. AUTORISATION DE LA DIRECTION DES ÉTUDES DU COLLÈGE DE MAISONNEUVE	174
ANNEXE F. LETTRE D’APPROBATION DU COMITÉ D’ÉTHIQUE DE RECHERCHE	175
ANNEXE G. ÉCHÉANCIER DE LA RECHERCHE AVANT MODIFICATIONS.....	177
ANNEXE H. LETTRE D’INFORMATION-QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	179
ANNEXE I. QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	180
ANNEXE J. FICHE D’INFORMATION DU PARTICIPANT	185
ANNEXE K. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT.....	188
ANNEXE L. FORMULAIRE D’ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ	189
ANNEXE M. GUIDE D’ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE EN GROUPE.....	190
ANNEXE N. GUIDE : GRILLE D’OBSERVATION ET DÉBRIEFAGE EN SIMULATION ET ENTREVUE INDIVIDUELLE SELON LES TROIS NIVEAUX.....	192
ANNEXE O. SCÉNARIO #1	194
ANNEXE P. MODIFICATIONS DES DOCUMENTS.....	209
ANNEXE Q. LETTRE D’INVITATION-ACTRICE ET ACTEUR	213
ANNEXE R. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-ACTRICE ET ACTEUR	215

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les définitions des cinq dimensions.....	31
Tableau 2.	Onze critères de réussite.....	47
Tableau 3.	Cinq composantes de la démarche réflexive-interactive.....	50
Tableau 4.	Étapes et échéancier du déroulement de la recherche	65
Tableau 5.	Âge des répondantes et répondants	79
Tableau 6.	Répartition des répondantes et répondants appartenant à une minorité visible	81
Tableau 7.	Raisons des incidents critiques vécus au collège	82
Tableau 8.	Personnes impliquées dans les incidents critiques vécus au collège.....	83
Tableau 9.	Personnes ressources lors des incidents critiques vécus au collège	84
Tableau 10.	Raisons des incidents critiques vécus en stage.....	85
Tableau 11.	Personnes impliquées dans les incidents critiques vécus en stage	86
Tableau 12.	Personnes ressources lors des incidents critiques vécus en stage	86
Tableau 13.	Raisons des incidents critiques vécus en stage.....	87
Tableau 14.	Personnes impliquées dans les incidents critiques	88
Tableau 15.	Fréquence des incidents critiques reliée au contexte et aux catégories d'étudiants	89
Tableau 16.	Fréquence des incidents critiques reliée au cheminement des étudiants.....	90
Tableau 17.	Fréquence des incidents critiques reliée à la session.....	91
Tableau 18.	Fréquence des incidents critiques reliée aux tranches d'âges	92
Tableau 19.	Atteinte des éléments de compétences et des comportements attendus.....	119

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Sommaire des attributs, antécédents et conséquences de la sécurité culturelle	33
Figure 2.	Ambigramme de la compétence et de l'humilité culturelle	35
Figure 3.	Le développement de la compétence culturelle	39
Figure 4.	Les trois niveaux de développement de la compétence culturelle	40
Figure 5.	Dimension cognitive, affective et métacognitive	44
Figure 6.	Le cycle de la réflexion en simulation clinique.....	49
Figure 7.	Étapes de la recherche-intervention	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ANAC	Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
CHSLD	Centre hospitalier de soins longue durée
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
UNESCO	Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture

Une vision qui ne s'accompagne pas d'actions n'est qu'un rêve. Une action qui ne découle pas d'une vision c'est du temps perdu. Une vision suivie d'action peut changer le monde.

Nelson Mandela (18 Juillet 1918 - 5 Décembre 2013)

REMERCIEMENTS

J'ai débuté ma carrière d'enseignante de soins infirmiers au cheminement accéléré offert au Collège de Maisonneuve. La population étudiante, principalement immigrante, que j'ai côtoyée et supervisée durant ces premières années, m'a permis de prendre rapidement conscience de mes limites en tant qu'enseignante en termes d'approche inclusive. Les premiers remerciements s'adressent donc à mes anciennes étudiantes et mes anciens étudiants du cheminement accéléré qui m'ont ouvert les yeux et le cœur sur les difficultés du parcours migratoire ainsi que sur les défis de l'accompagnement enseignant en contexte de diversité culturelle étudiante.

J'aimerais remercier mon mari qui, détenant une excellente maîtrise du français, m'a guidé lors de la formulation de phrases plus complexes tout en me faisant des repas et en gérant les tâches ménagères lors des périodes plus intenses de la recherche. Ma fille, Mia, que j'ai délaissé un peu trop souvent les fins de semaine, mais qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ce qui m'a semblé parfois être un interminable parcours.

Merci à ma maman, que j'aime. *Allez Mireille, lâche pas... je vais te faire un dessert !*

Une petite note particulière pour ma directrice d'essai, qui a été une des premières à me pousser à développer une pensée critique sur la profession infirmière lorsqu'elle était mon enseignante de soins infirmiers au collégial, en particulier autour du concept de *vocation infirmière*, et qui m'a toujours encouragé à poursuivre mes études. Je suis heureuse d'avoir maintenu un lien avec toi et me sens privilégiée que tu m'aies accompagné durant cette rédaction.

À mes amies et collègues, Stéphanie Bérubé et Nathalie Castonguay, merci de m'avoir écouté, encouragé et d'avoir partagé votre expertise qui a su stimuler ma réflexion. Votre contribution à l'élaboration du scénario de simulation a été très précieuse.

Merci aux actrices qui ont été exceptionnelles pour mener à bien la simulation et faire vivre une expérience significative aux participantes et aux participants.

Finalement, un énorme merci aux quatre participantes et participants. J'ai découvert des êtres profonds, sensibles et réfléchis. Leur contribution à cette recherche est extraordinaire. Nous sommes chanceuses et chanceux de les compter parmi les futures et futurs professionnels de la santé.

INTRODUCTION

Peut-on encore négliger l'importance de savoir composer avec les multiples facettes d'une société plurielle en santé ? Au Québec, la forte diversité culturelle de la population est une réalité avec laquelle les infirmières et infirmiers doivent composer au quotidien. Les tensions ou les incidents liés à la culture en milieux hospitaliers et au sein de la formation de soins infirmiers au collégial sont d'ailleurs fréquents. Ils sont généralement symptomatiques d'une absence de connaissances et de pratiques culturellement inclusives dans le domaine infirmier ainsi que dans sa formation. Pour répondre à cette réalité, les autres provinces canadiennes et les États-Unis privilégient le développement de la compétence culturelle à l'intérieur des formations de soins infirmiers. Au Québec, le programme collégial de *Soins infirmiers* ne comporte qu'une seule compétence liée au concept de la diversité culturelle en santé, et cette dernière est développée généralement en sociologie, discipline contributive du programme. Ancrée principalement dans la théorie, elle n'est, par conséquent, pas spécifique au développement d'une pratique infirmière culturellement inclusive intégrant des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire.

Le premier chapitre de la recherche dresse d'abord un bref portrait des composantes démographiques liées à l'ethnicité de la société canadienne et montréalaise ainsi que celle de la population étudiante du Collège de Maisonneuve. La présentation des éléments de contextes dans lesquels s'inscrit la problématique se clôt par une description du programme *Soins infirmiers*. Par la suite, la structure du programme entraînant des écarts de réalisation entre le cours de sociologie et la pratique infirmière sont exposés considérant les défis de la diversité culturelle de la profession infirmière. Des écarts quant à la formation et l'approche pédagogique enseignante viennent

expliquer la problématique. Le problème de recherche est aussi détaillé au travers de la présentation de tensions culturelles ou d'incidents critiques reliés à la culture dans le domaine infirmier. Finalement, la question de recherche est présentée au terme de l'analyse des différents constats émergeant du contexte et des enjeux.

Le deuxième chapitre explore les concepts qui s'insèrent dans la compétence culturelle infirmière. La première section du chapitre permet d'abord de saisir les perspectives essentialiste et constructiviste du concept de culture, puis les représentations mentales de la santé présentées sous les angles individualiste et collectif qui permettent, quant à elles, de comprendre la subjectivité du concept de santé. La deuxième section relate l'émergence de la compétence culturelle ainsi que les concepts connexes ayant une résonnance dans le domaine infirmier. Par la suite, la chercheuse décrit sa position quant au développement de la compétence culturelle et présente le cadre théorique dans lequel s'inscrit sa démarche. Finalement, la simulation clinique et la pratique réflexive comme stratégie pédagogique déployée est justifiée par le contexte de la problématique ainsi que par le cadre théorique, et s'implante dans les objectifs spécifiques de la recherche.

Le chapitre trois présente la méthodologie et explique le postulat de la recherche par le type d'essai, une recherche-intervention, et l'approche méthodologique. La suite décrit les participantes et participants et les différents outils de collecte de données utilisés. Les modalités d'analyse des données recueillies sont décrites et les moyens pris pour assurer la scientificité sont exposés. Le déroulement de la recherche et les considérations éthiques constituent les derniers éléments présentés dans ce chapitre.

Le quatrième chapitre est réservé à la présentation et à l'interprétation des données obtenues par le questionnaire en ligne, première étape de cette recherche-intervention. Cette étape permet non seulement de présenter les tensions culturelles ou les incidents critiques liés à la culture chez la population étudiante de *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve, mais aussi de corroborer les résultats avec ceux présentés dans le chapitre dédié à la problématique.

Enfin, le cinquième chapitre se concentre à présenter les données issues de l'intervention pédagogique menée par la chercheuse et à en interpréter les résultats en lien avec la pratique réflexive et le développement de la compétence culturelle.

PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE

Au regard de la diversité culturelle actuelle et son influence sur la qualité des soins de santé (McGibbon, Etowa et McPherson, 2008), il est impossible de négliger l'importance de savoir composer avec les multiples facettes d'une société plurielle dans les soins de santé. L'élaboration d'interventions spécifiques au développement d'une pratique infirmière en lien avec cette diversité culturelle est devenue moteur de réflexion pour la chercheuse. Ce chapitre présente d'abord le contexte dans lequel cet essai s'inscrit avant d'exposer les besoins existants en termes d'insertion de la compétence culturelle dans la formation infirmière au niveau collégial.

1. LE CONTEXTE DE L'ESSAI

Sont présentés ici quelques éléments de contexte dans lequel s'enracine la problématique de l'essai en dressant rapidement dans un premier temps le portrait de la société canadienne actuelle, puis en élaborant davantage sur les caractéristiques des étudiantes et étudiants du Collège de Maisonneuve, et plus précisément dans le cadre du programme *Soins infirmiers*. Finalement, la structure du programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve est décrite afin d'offrir une vision du cadre dans laquelle la problématique de cet essai s'insère.

1.1 Composantes démographiques liées à l'ethnicité

La diversité culturelle sur le plan de l'ethnicité n'est pas un phénomène nouveau au Canada. Si les premières vagues d'immigration étaient principalement européennes, les suivantes ont été marquées par la venue d'immigrantes et d'immigrants provenant de l'Asie, de l'Amérique latine, des Antilles et de l'Afrique (Gouvernement du Canada, 2018). Selon le recensement de 2016,

Statistique Canada estime que 21,9 % de la population canadienne serait issue de l'immigration et que 17,7 % représenteraient des immigrantes et des immigrants de deuxième génération donc nés au Canada, mais ayant au moins un parent né à l'extérieur du pays (Gouvernement du Canada, 2017). De plus, la proportion de la population canadienne appartenant à une minorité visible était de 22,3 % en 2016 et serait, selon les prévisions, en perpétuelle croissance (Gouvernement du Canada, 2017). Dans son *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, Santé Canada (2010) explique cette croissance « par la grande proportion de nouveaux arrivants membres d'une minorité visible [...] et au nombre croissant de personnes nées au Canada dont les parents ou les grands-parents immigrants appartiennent à une minorité visible. » (p. 9).

En 2016, l'agglomération de Montréal comptait dans sa population 38 % d'immigrantes et d'immigrants de première génération et 21,4 % de deuxième génération. Conséquemment, l'immigration toucherait près de 60 % de la population (Ville de Montréal, 2017). Selon Meintel et Kahn (2005), la double identité des deuxièmes générations contribuerait « à une diversification durable et à une transformation substantielle » (p. 157) de la société montréalaise.

Quoiqu'il s'agisse d'une de ses composantes majeures, il ne faut pas restreindre uniquement la diversité culturelle à la pluralité de l'ethnicité liée à l'immigration. Ce faisant, on pourrait oublier l'apport des Premières Nations et des Inuits à cette diversité (Desbiens, Rivard et Hirt, 2017 ; Lepage, 2019), ne pas considérer l'impact des médias et des réseaux sociaux sur l'identité culturelle (Courbet, Fourquet-Courbet, Marchioli, 2015 ; Georges, 2011 ; Thévenin, 2015) ou encore, mettre de côté l'identité de genre et l'orientation sexuelle comme facteurs contribuant à la culture (Remes, 2008). La culture d'un individu ou d'un groupe est complexe et

se construit au fil du temps par des savoirs, des croyances, des coutumes, des goûts et des droits qui viennent définir l'identité profonde de chacun (Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2013).

1.2 Portrait des étudiantes et étudiants du Collège de Maisonneuve

Comme la plupart des cégeps montréalais, le Collège de Maisonneuve compte une population étudiante hétérogène qui se divise au travers de formations préuniversitaires et techniques. Les données recueillies pour le *Projet pilote Vivre-Ensemble* (Collège de Maisonneuve, 2018) témoignent qu'un peu plus de la moitié des étudiantes et des étudiants sont inscrits au secteur préuniversitaire. De ceux-ci, 30 % font partie d'une population immigrante de première génération. Pour le secteur technique, la proportion d'étudiantes et d'étudiants immigrants est de l'ordre de 20 %. Ces pourcentages augmentent de 15 à 20 % lorsqu'on considère les étudiantes et les étudiants de deuxième génération. Le français est la langue maternelle pour près de 70 % d'entre eux.

Au secteur préuniversitaire, l'arabe est la deuxième langue maternelle en importance. En 2017, elle correspondait à environ 14 % des nouveaux admis, suivie de l'espagnol, de l'anglais et du mandarin, chacune sous la barre des 4 %. Au secteur technique, l'anglais (7 %), l'espagnol (5 %), le créole haïtien (5 %), l'arabe (4 %) et le mandarin (2 %) sont les langues plus représentées outre le français (Collège de Maisonneuve, 2018, p.12).

1.2.1 Portrait des étudiantes et étudiants du programme Soins infirmiers

Le Collège de Maisonneuve offre la possibilité de suivre la formation de soins infirmiers au cheminement régulier et au cheminement accéléré. Les deux cheminements se distinguent par le nombre d'années de formation, et le portrait fondamentalement différent des deux populations. Une explication plus approfondie sera faite dans la section suivante de ce chapitre.

La population étudiante au cheminement régulier est en majorité composée d'étudiantes et d'étudiants nés au Québec, avec un pourcentage variant entre 67 % à 78 % par année. Ils proviennent du secondaire et habitent chez leurs parents au début des études collégiales. La langue maternelle est le français dans des proportions relativement semblables à l'ensemble du collège, soit 70 %. Cette population se démarque toutefois du réseau collégial, car plus de 50 % des parents de ces étudiantes et étudiants sont issus de l'immigration. Ces résultats sont d'ailleurs supérieurs aux autres cégeps du réseau francophone de l'île de Montréal, avec une différence d'environ 10 % (Collège de Maisonneuve, 2018 ; Descormiers Intelligence d'affaires et Fédération des cégeps, 2015 ; 2016 ; 2017 ; 2018). Au cheminement accéléré, les données recueillies sont moins spécifiques. Toutefois, selon de récentes analyses, 73 % des étudiantes et étudiants admis de 2008 à 2019 étaient nés à l'extérieur du Canada, 81,4 % d'entre eux étaient âgés de plus de 26 ans et le français représentait à 57 % leur langue maternelle (Collège de Maisonneuve, 2020 b). Cette population étudiante reflète d'ailleurs le profil professionnel recherché par les politiques migratoires du Québec où les stratégies mises en place par le Ministère de l'immigration, de la Diversité et de l'Inclusion visent à « [répondre] aux besoins à moyen terme du marché du travail propres à chacune des régions du Québec. » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 11). En effet, on

prévoit de 2014 à 2020, 16 110 départs, soit 30 % de l'effectif infirmier (Letarte, 2014). Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), même si le taux de placement est à la baisse depuis les dernières années, il n'en demeure pas moins que « 2 823 infirmières et infirmiers de la relève avaient un emploi principal au Québec au 31 mars 2017, ce qui représente 82,7 % des 3 412 titulaires de permis délivrés en 2016-2017. » (OIIQ, 2017, p. 15).

La diversité culturelle, qu'elle soit reliée à l'âge, à l'ethnicité ou à la langue maternelle par exemple, est donc une importante composante de la population étudiante de *Soins infirmiers* du Collège de Maisonneuve. Par ailleurs, ces étudiantes et ces étudiants sont amenés à développer leurs compétences infirmières dans différents hôpitaux et cliniques de la ville de Montréal dont la population s'inscrit dans une pluralité de plus en plus marquée et nuancée (Gouvernement du Québec, 2016).

1.3 Le programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve

Cette section présente d'abord les distinctions entre les deux cheminements. Par la suite, le modèle humaniste de soins infirmiers ainsi que les visées éducatives institutionnelles sont expliqués au regard de la diversité culturelle.

Au secteur régulier, le programme *Soins infirmiers* s'échelonne sur une période de trois ans où une année collégiale comprend deux sessions, d'une durée de quinze semaines chacune. Le cheminement régulier est composé de cours issus de la formation générale (français, philosophie, anglais, éducation physique et deux cours complémentaires au choix) et de la formation spécifique. Le programme de la formation spécifique est composé de vingt-deux compétences (Annexe A).

Dix-huit d'entre elles sont développées à l'intérieur des cours théoriques de soins infirmiers, des laboratoires et des stages réalisés en milieux hospitaliers et cliniques et les quatre autres, au travers de disciplines contributives (biologie, microbiologie, psychologie et sociologie).

Le cheminement accéléré diffère de celui du régulier, car il s'échelonne sur une période de deux ans et ne comprend pas les cours de la formation générale. Une année collégiale est composée de trois sessions, d'une durée de quatorze semaines chacune. Cette formule intensive du programme s'adresse aux personnes ayant déjà complété les cours de la formation générale au niveau collégial ou détenant un minimum de trente crédits universitaires dans un même programme (Collège de Maisonneuve, 2020a). Les dossiers scolaires des personnes ayant fait des études à l'étranger doivent être évalués par le Service Régional d'Admission du Montréal métropolitain (SRAM) afin de déterminer s'ils sont admissibles à ce cheminement (Collège de Maisonneuve, 2020). Au terme des deux cheminements, les étudiantes et étudiants obtiendront leur diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, ils pourront intégrer le milieu de travail et poursuivre leurs études au niveau universitaire, s'ils le désirent.

La formation spécifique du programme *Soins infirmiers* se veut en adéquation avec le modèle humaniste de soins infirmiers où le concept de *caring*, « engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle est » (Cara, Roy et Thibeault, 2015, p. 4), constitue sa principale assise :

[Le modèle humaniste de soins infirmiers] privilégie des valeurs de respect, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité et de la liberté de choix de la Personne et de confiance en son potentiel. Le modèle est centré sur la Personne et

ses relations interpersonnelles significatives, son expérience de santé et les significations qu'elle lui accorde (Cara, Roy et Thibeault, 2015, p. 1).

La formation spécifique du programme *Soins infirmiers* s'appuie donc sur les valeurs du modèle humaniste, mais aussi sur les visées éducatives institutionnelles du Collège de Maisonneuve comme fils conducteurs au développement de relations interpersonnelles saines ancrées dans les réalités de la société actuelle. Plus précisément dans le programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve, la visée éducative « Profil d'un étudiant ouvert sur le monde » est développée à l'intérieur de rencontres où :

[...] l'étudiante est appelée à découvrir et à échanger sur les nouvelles réalités sur le plan de la diversité socioculturelle. L'infirmière se doit en effet d'adopter une attitude d'ouverture pour ensuite modeler ses soins selon les croyances, les valeurs, la culture de la personne et de ses proches tout en étant consciente des siennes pour une meilleure compréhension de soi propre au *caring*. (Collège de Maisonneuve, 2014, p. 14)

Dans le cadre du programme *Soins infirmiers*, la compétence 01Q6 « Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé » (Collège de Maisonneuve, 2014), est la seule qui englobe les concepts de diversité, d'immigration et de culture (Annexe B). Au Collège de Maisonneuve, cette dernière est exclusivement développée par la discipline contributive de sociologie, à l'intérieur de deux cours de quarante-cinq heures. Le mandat d'une discipline contributive est de transmettre « le savoir [qui] permet d'acquérir une ou des habiletés identifiées dans la composante de la formation spécifique d'un programme donné. Une discipline contributive

est responsable d'au moins un cours dans un programme » (Comité paritaire, 2008, p.16). Le premier cours, *Famille et réalités sociales liées à la santé*, est offert à la quatrième ou à la cinquième session et le deuxième, *Aspects sociaux et culturels reliés à la santé*, à la sixième session (Annexe C). Selon le *Programme d'études techniques : Soins infirmiers 180.A0*, c'est à l'intérieur « de situations professionnelles variées [et] en collaboration avec des professionnelles et des professionnels. » (Gouvernement du Québec, 2007, p. 77) que les quatre éléments de cette compétence devraient être développés et les critères de performance atteints :

1. Considérer le contexte social dans lequel s'inscrit sa pratique professionnelle
2. Tenir compte du contexte familial de la personne
3. Tenir compte des caractéristiques socioculturelles de la personne
4. Évaluer ses attitudes et ses comportements par rapport à la diversité socioculturelle

(Collège de Maisonneuve, 2014, p. 40-41)

Le modèle humaniste de soins infirmiers et la compétence 01Q6 sont ainsi les deux piliers du programme *Soins infirmiers* au collège servant au développement d'une pratique infirmière spécifique au contexte de diversité culturelle.

2. LE PROBLÈME DE L'ESSAI

Cette partie traite des lacunes en termes de développement de compétence culturelle dans la formation infirmière au niveau collégial. Si les écrits abondent ailleurs, aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande par exemple, on retrouve au Québec très peu de documentation traitant de cette problématique alors que la diversité culturelle est inhérente à la société québécoise

actuelle. Ces lacunes se font sentir tant dans la structure du programme *Soins infirmiers* au collégial que dans le corps professoral ainsi que chez les étudiantes et les étudiants, ce qui mène parfois à des tensions ou des incidents culturels vécus au cégep ou à l'hôpital, dans le cadre des stages.

2.1 Les écarts dans le programme *Soins infirmiers* au collégial

L'adoption de la loi 90, en 2002, visant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé a donné lieu aux dernières modifications faites au programme *Soins infirmiers* en 2007. Ces modifications sont venues élargir le champ d'activités infirmier prescrit dans le code de déontologie, particulièrement quant à la promotion de la santé et à la prévention des maladies ainsi qu'au suivi et à l'évaluation de la condition physique et mentale de la clientèle (OIIQ, 2016). Dans une société où la diversité est croissante, les infirmières et les infirmiers québécois se sont donc vus octroyer davantage de responsabilités face à la santé des individus et de la société sans que l'on intègre toutefois dans le cursus scolaire infirmier le développement de la compétence culturelle infirmière au collégial pour favoriser l'intégration de pratiques infirmières culturellement congruentes. Malgré des recommandations venant de toutes parts en termes de développement de compétences culturelles ou interculturelles dans le milieu de l'Éducation et de la Santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2018 ; Gouvernement du Québec, 2020 ; Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO], 2013 et Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2007), aucun changement ou addendum pour le développement d'une pratique culturellement inclusive n'a été fait à cet égard dans le programme *Soins infirmiers* au niveau collégial, créant ainsi une lacune.

2.1.1 La place de la compétence 01Q6 dans le programme

Rappelons que dans la structure actuelle du programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve, la compétence 01Q6 est uniquement développée par la discipline contributive de sociologie. Les codes 3-0-3 et 3-0-2 associés au cours présentés à l'Annexe C indiquent en ordre chronologique le nombre d'heures attribuées par semaine pour les aspects théoriques (1^{er} chiffre), les aspects pratiques en laboratoires ou en stages (2^e chiffre) et pour le travail personnel (3^e chiffre). Notons, par ailleurs, que dans cette structure aucune heure n'est attribuée aux aspects pratiques de la compétence 01Q6. Cette structure entraîne un décalage entre le contexte de réalisation actuel de la compétence 01Q6 et celui prescrit par le *Programme d'études techniques : Soins infirmiers 180.A0* (Gouvernement du Québec, 2007) ne favorisant pas pleinement le développement d'une pratique infirmière spécifique à la diversité culturelle. En effet, si une grande partie des critères de performance liés à cette compétence peut être évaluée en classe théorique à l'intérieur du cours de sociologie, certains d'entre eux devraient être évalués dans le cadre d'une pratique infirmière avec une ou un patient. À titre d'exemple, pour le troisième élément de compétence : tenir compte des caractéristiques socioculturelles de la personne (Collège de Maisonneuve, 2014, p. 40-41), l'étudiante ou l'étudiant devrait être en mesure de manifester des habiletés communicationnelles et d'établir un climat de confiance ainsi que d'apprécier les attitudes et les comportements de la personne relativement à la santé et à la maladie (Gouvernement du Québec, 2007). Cela voudrait donc dire que dans la structure actuelle du programme et selon les exigences de la compétence, l'enseignante ou l'enseignant de sociologie, expert dans sa discipline, serait amené à évaluer certains critères de performance à l'intérieur d'un contexte de soins. L'importance du contexte et de l'expérientiel est exposée dans l'étude

qualitative de Hultsjö, Bachrach-Lindström, Safipour et Hadziabdic (2019), et démontre que les notions théoriques traitant de la compétence culturelle infirmière ne sont pas suffisantes, l'apprentissage en profondeur chez les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers se faisant dans l'action et à l'intérieur de situations concrètes. Ainsi l'absence d'apprentissage ou d'évaluation en contexte clinique, hospitalier ou simulé, ne permet pas de favoriser le développement d'une pratique infirmière culturellement inclusive ni d'affirmer l'atteinte de certains critères de performances de la compétence 01Q6.

De plus, les derniers éléments de cette compétence « Tenir compte des caractéristiques socioculturelles de la personne [et] Évaluer ses attitudes et ses comportements par rapport à la diversité socioculturelle » (Collège de Maisonneuve, 2014, p. 40-41), sont uniquement enseignés dans le cours *Aspects sociaux et culturels reliés à la santé* qui est situé en sixième session (Annexe C). Cet enseignement tardif dans le parcours étudiant entraîne une autre incohérence en lien avec les exigences et la structure du programme. En effet, selon la matrice des compétences du programme *Soins infirmiers* (Annexe D) la compétence 01Q6 est considérée comme une compétence générale qui « [porte] sur des activités de travail communes à différentes tâches et ou situations » (Gouvernement du Québec, 2007, p. 57). Les compétences dites générales servent de fondement aux compétences particulières du programme qui sont davantage liées à l'exercice de la profession selon une spécialité ou un type de clientèle. Ainsi, le cours *Aspects sociaux et culturels reliés à la santé* devrait permettre l'intégration de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire pouvant être réinvestis à l'intérieur d'autres compétences permettant le continuum des apprentissages. Or, la place de la compétence 01Q6 dans le programme au Collège de Maisonneuve rend ce réinvestissement impossible.

2.1.2 *Les défis de la diversité culturelle*

Les devoirs infirmiers englobant les concepts de respect, de dignité, de liberté de choix et d'intégrité issus du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (OIIQ, 2015) ainsi que les valeurs du modèle humaniste de soins infirmiers sont enseignés comme les assises de la profession et servent à l'établissement d'une interaction équilibrée et teintée d'ouverture entre le corps infirmier et les personnes soignées. Il semblerait toutefois que ces assises soient aussi insuffisantes pour offrir des soins culturellement adaptés.

Effectivement, les stéréotypes et la discrimination reliés à la culture demeurent problématiques dans la profession infirmière. Les disparités sociales, le racisme et l'oppression culturelle persistent chez les groupes minoritaires, affectant ainsi leur santé et leur identité (Racine, 2014 ; RNAO, 2007). Le cœur du problème s'explique par le manque de connaissances et d'habiletés liées aux défis de la diversité culturelle (Capell, Veenstra et Dean, 2008 ; Gouvernement du Québec, 2015) ainsi que dans la manière dont les infirmières et les infirmiers comprennent la culture sous l'angle du groupe majoritaire et comment ils utilisent le pouvoir associé à la culture dominante pour aborder les différences culturelles (Racine, 2014).

Pour pallier cela, des recommandations spécifiques quant au développement de la compétence culturelle — compétence spécifique à la pratique infirmière — en milieux de travail, à l'intérieur de la formation et au niveau gouvernemental, ont été émises chez nos voisins provinciaux, par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).

The challenge of diversity, which has been with us for generations, must clearly be addressed for the future such that it is no longer acceptable to engage in practices or tolerate attitudes that limit the potential of many fellow Canadians. [Le défi de la diversité, avec lequel nous vivons depuis des générations, doit clairement être abordé pour l'avenir, de sorte qu'il n'est plus acceptable de s'engager dans des pratiques ni de tolérer des attitudes qui limitent le potentiel de nombreux concitoyens canadiens.] (RNAO, 2007, p. 17)

Les positions de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) vont dans le même sens que celles de la RNAO, mais poussent plus loin la réflexion en soulignant que « la compétence culturelle devrait être une exigence d'admission dans la pratique et faire l'objet de perfectionnement professionnel pour tout le personnel infirmier. » (AIIC, 2018, p. 1). Pourtant au Québec, l'OIIQ n'a fait aucune recommandation spécifique au regard du développement de la compétence culturelle dans le programme *Soins infirmiers* au collégial (Aubé, Champagne, Brûlé et Doré, 2016).

De par son importance, la chercheuse a fait le choix d'ajouter le paragraphe qui suit, bien que les événements qu'il relate sont arrivés dans les derniers moments de la rédaction de cet essai. À l'automne 2020, le gouvernement québécois, sous M. Legault, s'est officiellement positionné pour « offrir une formation obligatoire à tout le personnel du réseau de la santé sur la culture autochtone. » (Lévesque, 2020). Cette nouvelle mesure faisant suite à la tragédie survenue en septembre 2020 à l'hôpital de Joliette où Joyce Echaquan, femme autochtone originaire de la communauté atikamekw, est décédée. Quelques heures avant son décès, Joyce Echaquan publie

une vidéo en direct sur Facebook dans laquelle une infirmière profère des propos racistes à son égard et l'insulte. Dans la vidéo, Joyce Echaquan demande de l'aide en atikamekw afin qu'on la sorte de l'hôpital, elle mentionne qu'on lui donne beaucoup de médicaments. Les proches se questionnent encore à ce jour quant au plan thérapeutique et aux substances qui lui ont été administrées sans son consentement. Une commission d'enquête publique est actuellement en cours (Riopel, 2020). Les circonstances entourant son décès sont venues mettre au premier plan le besoin de reconnaître la présence de racisme systémique au sein de notre société et de son impact dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que celui de réfléchir à des solutions, comme la formation continue, pour le contrer (Plourde, 2020).

2.2 Formation interculturelle et inclusive du corps enseignant infirmier

Il convient aussi de se questionner sur les compétences professionnelles du corps enseignant dans le programme *Soins infirmiers* en termes d'approches, d'enseignement et d'interventions reliés aux réalités plurielles des étudiantes et des étudiants ainsi qu'à la clientèle présente dans les hôpitaux. Effectivement, les exigences d'embauche pour devenir enseignantes et enseignants de soins infirmiers au collégial sont principalement basées sur le nombre d'années de formation infirmière et de pratique en tant que professionnelle ou professionnel de la santé. Effectivement, la majorité des enseignantes et des enseignants du programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve possédaient à leur embauche soit un DEC en *Technique de Soins infirmiers* avec un minimum de 10 ans d'expérience, soit un BAC en sciences infirmières avec un minimum de 3 ans d'expérience, ces exigences reposent donc principalement sur le savoir disciplinaire. Un savoir disciplinaire qui, rappelons-le, aborde très peu les composantes culturelles

de la pratique infirmière et dont les approches pédagogiques générales et interculturelles sont généralement absentes du savoir disciplinaire.

L'étude qualitative de Fournier et Lapierre (2010) relate d'ailleurs de lacunes importantes chez les enseignantes et enseignants de soins infirmiers au collégial tant au niveau d'aptitudes culturellement inclusives que pédagogiques. Les autrices soulignent que « l'approche monoculturelle de l'enseignement en soins infirmiers [contraste avec les besoins d'adopter] une pédagogie interculturelle mieux adaptée tant à la clientèle étudiante qu'à la clientèle des hôpitaux montréalais. » (Fournier et Lapierre, 2010, p. 3).

Actuellement, la formation interculturelle et inclusive du corps enseignant au collégial s'inscrit dans l'ordre du perfectionnement optionnel (Gaudet et Lafortune, 2000). Dans son essai, Fournier (2013) relate aussi la lourdeur du programme *Soins infirmiers* et la surcharge de travail du corps enseignant qui sont à eux deux des freins importants au développement professionnel par l'entremise de formations universitaires ou spécifiques ou continues. Les autrices Larochelle-Audet, Borri-Anadon et Potvin (2016) soulignent quant à elles « l'importance d'une formation relative à la diversité ethnoculturelle, religieuse et linguistique » (p. 172-173) dans la formation enseignante. Ces dernières s'appuient sur les résultats de la *Revue de littérature sur les compétences en matière de diversité ethnoculturelle, religieuse et linguistique dans la formation du personnel scolaire, selon différents courants théoriques* (Potvin, Larochelle-Audet, Campbell, Kingué-Élongué et Chastenay, 2015), revue de littérature exhaustive d'écrits nationaux et internationaux qui expose comment les inégalités sociales que vivent certains groupes minoritaires, culturels ou vulnérables se font aussi ressentir au sein du système éducatif. Elles

insistent sur la nécessité pour le personnel enseignant de détenir des habiletés interculturelles et inclusives ainsi que des connaissances sociopolitiques et historicisées quant aux différents parcours de leurs étudiantes et leurs étudiants. Ces connaissances peuvent donner un sens et venir contextualiser certaines difficultés scolaires que ces groupes minoritaires, culturels ou vulnérables éprouvent et guident l'approche enseignante afin d'offrir une égalité de chances de réussite (Larochelle-Audet, Borri-Anadon et Potvin, 2016).

En résumé, lorsque les infirmières et les infirmiers font le pont vers l'enseignement, ils et elles arrivent avec un savoir disciplinaire qui n'inclut que très peu les composantes de la compétence culturelle et toutes formes d'approches pédagogiques inclusives. Par la suite, la lourdeur du programme et l'aspect optionnel du perfectionnement enseignant au collégial incitent peu le corps professoral infirmier à profiter des formations et des activités de sensibilisation réalisées à même les cégeps (Service interculturel collégial, 2013) ni à perfectionner leur approche pédagogique et interculturelle par le biais de formations créditées offertes, par exemple, par le programme PERFOMA de l'Université de Sherbrooke.

2.3 Les tensions et les répercussions culturelles

C'est donc dans une pluralité de réalités culturelles que se déploie la formation de soins infirmiers. Les étudiantes et les étudiants, ayant chacun leur propre bagage et identité, sont confrontés pendant leur parcours scolaire à des personnes potentiellement très différentes culturellement. Ces écarts culturels peuvent venir entraver les apprentissages et, de ce fait, affecter les performances scolaires (Loslier, 2015). Ainsi, il ne faut pas minimiser l'impact des tensions

culturelles au sein d'une relation entre une ou un enseignant et son étudiante ou son étudiant, entre le stagiaire-infirmier et la personne hospitalisée ou, plus simplement, lors d'interactions avec leurs collègues ou d'autres professionnelles et professionnels côtoyés en stage. Pouvant être reliées à des préjugés et nourries par des stéréotypes, ces tensions culturelles sont symptomatiques d'une absence de connaissances, de sensibilité ou de pratiques culturellement inclusives dans le domaine des soins infirmiers. En sciences sociales, l'analyse des situations interpersonnelles présentant des tensions est abordée en tant qu'incidents critiques. Ces derniers sont souvent reliés à la constatation par les parties d'une incompréhension ou d'un manquement lors de leur interaction sur laquelle il convient donc de se pencher pour tenter d'en démêler les nœuds :

Un incident critique est un évènement qui peut sembler anodin de prime abord, mais qui s'avère marquant pour le sujet et pour les personnes avec lesquelles ce sujet interagit dans son espace professionnel ; cet évènement s'inscrit généralement dans une situation délicate, est perçu comme pouvant changer le cours des choses (Leclerc, Bourassa et Filteau, 2010, p. 17).

Les répercussions des tensions ou d'incidents critiques culturels sont nombreuses dans le domaine de la Santé et de l'Éducation et s'échelonnent sur un continuum de complexité. À titre d'exemples, la communauté LGBTQ+, qui regroupe les minorités sexuelles gaie, lesbienne, bisexuelle, transgenre, queer et autres (intersexuelle, two-spirit, asexuelle, etc.) font souvent face à de la stigmatisation et de la discrimination de la part des professionnelles et des professionnels de soins de santé. Issues de différentes classes sociales, religions et ethnicités, les personnes de cette communauté subissent à plusieurs niveaux l'absence de connaissances, en termes de

compétence culturelle, des membres du système de santé et dans la formation infirmière (Bristol, Kostelec et MacDonald, 2018 ; Cornelius, Enweana, Alston et Baldwin, 2017 ; Margolies et Scout, 2013).

Browne (2007) met en évidence dans son étude exploratoire que l'approche infirmière envers les communautés autochtones est teintée de stéréotypes socioculturels et que les situations d'incompréhension reflètent la trajectoire historique et les rapports de force entre les peuples autochtones et le gouvernement du Canada. Les résultats de cette étude décrivent une tendance infirmière à se distancer socialement des patientes et des patients autochtones entraînant, par le fait même, des limites à la relation thérapeutique particulièrement en lien avec les aspects psychosociaux, les émotions et les besoins matériels de ces derniers. En outre, Browne (2007) souligne que des stratégies pédagogiques et des outils d'intervention devraient être développés pour réduire les inégalités en termes de soins de santé ainsi que pour diversifier les pratiques infirmières. Le *Rapport final* de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (Gouvernement du Québec, 2019) relate, quant à lui, la récurrence des préjugés, des pratiques discriminatoires et des pratiques non éthiques à l'égard des communautés autochtones dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Ces communautés « ne se sentent pas en sécurité lorsque vient le temps de mettre leur santé entre les mains des services publics. » (p. 391). Cette réalité entraîne aussi une sous-utilisation des services offerts par le réseau.

Du point vu de la pratique enseignante et de l'apprentissage, Loslier (2015) relate dans son étude exploratoire de plusieurs tensions culturelles vécues au quotidien par des étudiantes et des

étudiants immigrants du programme technique *Soins infirmiers* et celui de *Travail Social*. L'autrice expose la perpétuelle remise en question de leurs comportements et de leurs valeurs ainsi que les mécanismes qu'ils mettent en place pour favoriser leur intégration. Prenant la forme d'une négociation entre ce que l'on garde et ce que l'on adopte, leur identité ethnoculturelle se modifie au fil du temps. Elle ajoute que l'identité des étudiantes et des étudiants issus de deuxième génération est fractionnée. Elle la nomme l'identité biculturelle : « plus tiraillés entre leurs univers culturels, [...] ils doivent concilier, négocier et se promener d'une identité à l'autre » (Loslier, 2015, p. 37). L'autrice souligne aussi que, malgré le fait qu'ils sachent jongler entre deux identités, il ne faut pas négliger les possibles écarts culturels qu'ils peuvent vivre dans le cadre de leurs études. Les résultats de cette étude exposent plusieurs défis pouvant affecter le parcours des étudiantes et des étudiants issus de l'immigration. Ces derniers vivent l'évaluation, particulièrement en stage, comme un événement anxiogène. Reconnaisant leur décalage culturel, ils appréhendent l'échec qui peut « [mettre] en péril l'intégration sociale et l'insertion socioprofessionnelle de l'étudiant et sa participation économique sans compter les impacts psychologiques tels que la perte de confiance en soi » (Loslier, 2015, p. 88). L'apprentissage du français avec toute sa singularité québécoise et les codes reliés au non verbal sont en outre d'importants obstacles à la communication. Les étudiantes et les étudiants interrogés mentionnent aussi leur difficulté à comprendre la culture du travail infirmier lorsqu'ils sont en stage et qu'il s'agit là d'un contexte ou d'environnement supplémentaire à apprivoiser. Les sujets qui semblent les plus délicats se rapportent aux rapports homme-femme, à la religion et à l'orientation sexuelle. Si ces réalités s'appliquent à ce type d'étudiantes et d'étudiants, ce sont aussi des réalités qui sont présentes chez les patientes et les patients (Loslier, 2015).

Les exemples de tensions ou d'incidents critiques culturels présentés dans cette partie démontrent qu'il s'agit là d'une problématique importante tant dans le système de santé que dans le système d'éducation dont les répercussions sont nombreuses et variables. Cette réalité incite à la réflexion quant à l'impact des incidents critiques culturels chez les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers, et à la manière dont nous pouvons mieux les préparer et les accompagner à relever les défis professionnels liés à la diversité culturelle de la société actuelle.

3. LA QUESTION GÉNÉRALE DE L'ESSAI

En résumé, la structure du programme *Soins infirmiers* au collège de Maisonneuve, le contexte de réalisation des apprentissages liés à la culture en cours de sociologie et l'absence de prérequis en termes de formations pédagogique et interculturelle pour l'obtention d'un poste d'enseignant au collégial invitent peu les enseignantes et les enseignants de soins infirmiers à intégrer des stratégies et des méthodes pédagogiques axées sur le développement d'une pratique infirmière culturellement inclusive (Gaudet et Lafortune, 2000 ; Gouvernement du Québec, 2007 ; Larochelle-Audet, Borri-Anadon et Potvin, 2016 et Loslier, 2015). La forte diversité culturelle des étudiantes et des étudiants en soins infirmiers et celle de la population québécoise en général imposent cependant la nécessité de développer la compétence culturelle afin d'être en mesure de composer plus aisément avec les multiples composantes liées au concept de la culture dans la pratique infirmière (AIIC, 2018 et RNAO, 2007).

Cet essai vise donc l'amélioration des connaissances en termes de développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et les étudiants afin de mieux les préparer à la pratique infirmière dans un contexte de diversité culturelle. Par conséquent, la question générale dans le

cadre de cette recherche est : quel est l'effet d'activités pédagogiques simulant certains incidents critiques culturels comme moyen pour développer une réflexion culturellement sensible et une pratique culturellement inclusive et sécuritaire chez les étudiantes et les étudiants inscrits dans le programme *Soins infirmiers* au collégial ?

DEUXIÈME CHAPITRE. LE CADRE RÉFÉRENCE

La culture et la compétence culturelle sont deux concepts largement décrits et redéfinis au cours des dernières décennies. La première partie de ce chapitre explicite d'abord le concept de culture en santé au travers d'une perspective essentialiste puis d'une perspective constructiviste. Par la suite, le concept de la santé est abordé sous l'angle de la culture collectiviste en opposition à la culture individualiste, certaines distinctions sont présentées afin de mettre en relief la nécessité de s'attarder au sens que lui donne chaque individu. La deuxième partie dresse un bref portrait de l'émergence de la compétence culturelle dans le domaine des soins infirmiers tout en présentant quelques-unes de ses assises ainsi que différents concepts qui y sont rattachés. Finalement, ce chapitre se termine sur les choix de la chercheuse quant à la stratégie pédagogique et au cadre de référence dans lequel s'insère sa démarche pour faire développer la compétence culturelle avec la présentation des objectifs spécifiques de cette recherche.

1. LE CONCEPT DE CULTURE EN SANTÉ

La culture est un concept en perpétuelle évolution. Les premières définitions anthropologiques la décrivent comme un ensemble complexe où l'ethnicité, la langue et les croyances ont longtemps été considérées comme ses piliers, donnant lieu à un ton distinct aux manières d'agir et de penser de groupes d'individus (Dorais, 2004). À l'heure actuelle, elle semble prendre aussi une tangente de termes fourre-tout qui servent entre autres à décrire certaines caractéristiques spécifiques d'un champ d'expertise comme la *culture de masse* en journalisme ou d'un phénomène social comme les questions identitaires lorsqu'il s'agit du concept de *culture de gang* (Bériault, Laurier et Guay, 2017 ; Sasseville, 2007).

1.1 La perspective essentialiste et constructiviste de la culture

Selon Blanchet Garneau et Pépin (2015b), la culture en santé est abordée selon deux perspectives, essentialiste ou constructiviste. La perspective essentialiste se fonde davantage sur l'exposition des différentes caractéristiques culturelles des individus sous l'angle d'une vision occidentale pour décrire la manière dont les valeurs et les croyances fusionnées à l'ethnicité et à la nationalité peuvent venir influencer les comportements reliés à la santé. Sous cette perspective, ces autrices décrivent la culture comme étant objective et stable dans le temps. La perspective constructiviste est quant à elle enracinée dans la mouvance. Ainsi, la culture serait une construction dynamique faite de différents repères sociaux dont l'édification se modifierait au fil du temps, des contextes socio-environnementaux et des rencontres, permettant aux individus de se créer un rapport unique face à leur vie et à leur santé. Ce faisant, la perspective constructiviste rejette le concept de stabilité de la perspective essentialiste en mettant de l'avant l'idée de processus (Blanchet Garneau et Pépin, 2015b).

Focusing on processes highlights the hybrid, dynamic, flexible, and complex nature of culture. It takes several individual and social processes to define, redefine, negotiate, and manage the cultural identity of an individual or of a group (Gray & Thomas, 2006). [...] In this sense, a culturally diverse context encompasses diversity that can assume many forms in society— such as age, gender, sexual orientation, or socioeconomic status—and is not limited to race and ethnicity. [La nature hybride, dynamique, flexible et complexe de la culture est mise en évidence lorsqu'on l'aborde comme un processus. Il faut plusieurs processus individuels et

sociaux pour définir, redéfinir, négocier et gérer l'identité culturelle d'un individu ou d'un groupe (Gray et Thomas, 2006). [...] En ce sens, un contexte culturellement diversifié signifie une diversité qui peut prendre de nombreuses formes dans la société — comme l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique — et ne se limite pas à la race et à l'ethnicité.] (Blanchet Garneau et Pépin, 2015b, p. 10)

De plus, la perspective constructiviste déplore la perspective essentialiste en soulignant que si les professionnelles et les professionnels de la santé abordent uniquement la culture sous l'angle de l'ethnicité et des croyances, le risque est réel de tomber dans une forme de stéréotypage des individus, de stimuler l'approche ethnocentrique et d'expliquer uniquement les problèmes de santé par des comportements ethnoculturels (Blanchet Garneau et Pépin, 2015 b ; Thiederman, 1986 ; Tijerina, 2009). Dans leur ouvrage commun, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (ANAC), l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et l'AIIC (2009) s'appuient sur la perspective constructiviste pour décrire la culture comme un « processus [englobant] l'incarnation du sens retrouvé dans les réactions psychologiques ; le développement d'attachements interpersonnels ; la performance sérieuse des pratiques religieuses ; les interprétions du sens commun ; et l'acte de se cultiver sur le plan collectif et identitaire. » (p.19). Ces associations stipulent qu'en sciences infirmières il faut aller au-delà de l'ethnicité comme principal ancrage à la culture, car au sein d'un même groupe ethnique, il peut y avoir des différends majeurs.

1.2 Santé : individualité et collectivité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit la santé comme un « état de bien-être physique, mental et social complet et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1946). En effet, la santé est une représentation mentale et subjective dont la construction se fait au travers d'expériences personnelles et de savoirs collectifs (Guyon, 1988 ; Levesque, 2015 ; Société canadienne de pédiatrie, 2018). Les variations de cette représentation sont donc infinies, singulières et se traduisent sur un continuum. Toutefois, deux grandes tangentes se démarquent lorsqu'il s'agit de santé et peuvent être culturellement expliquées. Selon Levesque, Li et Bohémier (2013), les cultures dites individualistes distinguent la santé comme étant un état incarné par chaque individu où chacun est responsable de son bien-être alors que dans les cultures collectivistes, la santé transcende l'individualité et inclut la famille, la communauté et l'environnement (Société canadienne de pédiatrie, 2018). Ce faisant, l'infirmière ou l'infirmier doit alors prendre en considération les représentations de la santé de chacun, individualiste, collectiviste ou un mélange des deux, et analyser leur sens pour générer des pratiques infirmières adaptées et ce, malgré un modèle biomédical canadien qui reflète davantage les conceptions de la santé et des maladies d'un point de vue individualiste que collectif (Gouvernement du Canada, 2008 ; Levesque, 2015).

2. LA COMPÉTENCE CULTURELLE

L'enseignement de la compétence culturelle dans les formations infirmières est reconnu comme un moyen efficace pour faire développer des habiletés infirmières culturellement adaptées (Almutairi, Adlan et Nasim, 2017 ; Govere et Govere, 2016 ; Kaihlanen, Hietapakka et Heponiemi,

2019 ; Schim, Doorenbos et Borse, 2005). L'acquisition de ces nouvelles habiletés a d'ailleurs un impact positif au niveau de la satisfaction des personnes soignées (Govere et Govere, 2016). Dans le domaine de la santé, plusieurs termes similaires sont utilisés pour définir des compétences répondant aux défis d'une société plurielle, cette réalité peut parfois donner lieu à un flou linguistique. Effectivement, la compétence culturelle est parfois nommée compétence interculturelle, multiculturelle ou transculturelle (Capell, Veenstra et Dean, 2008). L'émergence de ces termes s'enracine souvent à l'intérieur de contextes sociopolitiques qui peuvent leur donner une connotation particulière (Wilson, 2012 ; White et Gratton, 2017), mais ils peuvent aussi être plus spécifiques à une discipline en santé ou un aspect de culture. En outre, il est commun d'entendre les termes communication interculturelle ou communication culturellement adaptée, approche transculturelle ou approche interculturelle, soins multiculturels ou soins culturellement congruents (Campinha-Bacote, 2019 ; Capell, Veenstra et Dean, 2008 ; Parent, Bouchard et Lebel, 2014 ; Sterlin, 1993). Si ces termes sont parfois interchangeables ou complémentaires ou parfois ancrés de leurs contextes d'émergence, il n'en demeure pas moins qu'ils visent tous à mieux aborder la diversité dans le domaine de la santé.

2.1 L'évolution de la compétence culturelle

La compétence culturelle est un concept relativement nouveau en soins infirmiers, le premier modèle de soins à intégrer certains de ses principes date du début des années 70. En effet, Madeleine Leininger, infirmière et doctorante en anthropologie, est la première à mettre de l'avant la notion de pratique infirmière transculturelle qui promeut l'importance d'adapter ses soins en fonction de la culture et les croyances des patients (Molloy, Walker, Lakeman et Skinner, 2015).

Elle développe des méthodes de recherche en « ethnonursing » qui permettent d'explorer la relation entre l'ethnographie et la pratique infirmière et d'identifier des régularités afin de structurer des pratiques infirmières au sein d'un groupe culturel (McFarland et Wehbe-Alamah, 2019).

Ancrée d'abord dans une perspective essentialiste, la définition de la compétence culturelle s'est nuancée au fil du temps avec l'évolution du concept de culture en santé. Les concepts de sécurité culturelle et d'humilité culturelle s'y sont greffés et sont venus modifier certains modèles de pratique, en particulier celui de Campinha-Bacote (Byrne, 2016).

2.1.1 La compétence culturelle selon Campinha-Bacote

Une des définitions les plus courantes de la compétence culturelle est celle de Campinha-Bacote, fondatrice et présidente du Transcultural C.A.R.E Associates qui offre des services de consultation privée visant la résolution des problématiques en santé en lien avec les soins transculturels aux plans cliniques, administratifs, en recherche et éducation (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015). Infirmière américaine et doctorante en théologie et religions, elle s'inspire des travaux de Leininger (Aubé, Champagne, Brûlé et Doré, 2016) et décrit la compétence culturelle comme un processus dans lequel le professionnel de la santé s'efforce de développer, de manière continue, des habiletés à travailler à l'intérieur du contexte culturel des individus, des familles ou d'une communauté (Campinha-Bacote, 1999 ; Campinha-Bacote, 2002).

Cette compétence se développe au travers de cinq dimensions : le désir culturel, la conscience culturelle, le savoir culturel, les habiletés culturelles et les rencontres culturelles.

(Campinha-Bacote, 1999 ; Campinha-Bacote, 2002). Le tableau 1, ci-dessous, offre une présentation des cinq dimensions de la compétence culturelle.

Tableau 1. Les définitions des cinq dimensions

Les rencontres culturelles	Processus continu par lequel le professionnel de santé s'engage à avoir des interactions interculturelles avec des patients culturellement diverses.
Le désir culturel	Motivation profonde du professionnel de santé à vouloir, et non devoir, s'engager à devenir culturellement compétent.
La conscience culturelle	Processus cognitif par lequel le professionnel de santé examine en profondeur ses propres croyances et valeurs en regard de celles de l'autre et explore ses biais culturels, ses préjugés et stéréotypes.
Le savoir culturel	Processus par lequel on cherche et obtient des connaissances valables sur les différents groupes ethniques et culturels.
Les habiletés culturelles	Habileté à recueillir des données pertinentes concernant la culture du patient et d'être en mesure de faire un examen physique de manière culturellement adaptée.

Source. Campinha-Bacote, 2002, p. 182

Bien qu'elle soit souvent considérée comme la pierre angulaire d'une communication interculturelle efficace et qu'elle soit identifiée comme un des moyens permettant la réduction des disparités en matière de santé et promouvant l'équité en santé (Campinha-Bacote, 2019), la compétence culturelle de Campinha-Bacote est toutefois ancrée dans la perspective essentialiste, car, l'identification des différences ethnoculturelles étant sa principale assise, le risque de voir l'émergence de soins empreints de stéréotypes culturels (Blanchet Garneau et Pépin, 2015b) est bien présent. Dans ses travaux ultérieurs, cette dernière élargit d'ailleurs sa définition de groupes culturels pour inclure d'autres critères que l'ethnicité ou le pays d'origine du patient. Sont alors pris en compte les groupes basés sur l'appartenance religieuse, la langue, la taille physique, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap (physique et mental), les idéologies politiques, le statut

socioéconomique, la situation professionnelle et la situation géographique, pour n'en nommer que quelques-uns. Elle mentionne aussi qu'il peut y avoir des variations importantes au sein d'un groupe culturel au même titre qu'entre différents groupes culturels (Campinha-Bacote, 2011, p. 45).

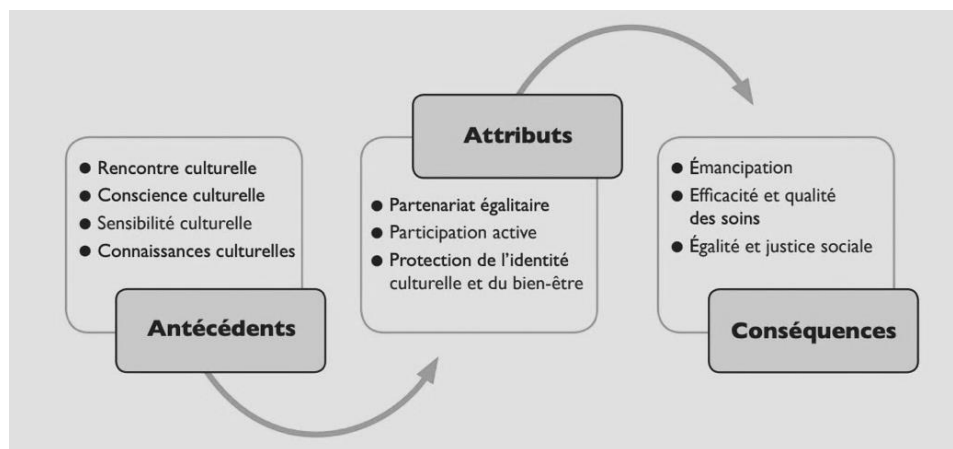
2.1.2 La sécurité culturelle

Le concept de sécurité culturelle s'est développé à la fin des années 80 pour répondre aux problématiques ressortant des services de soins et santé reçus par les communautés autochtones en Nouvelle-Zélande (Blanchet Garneau et Pépin, 2015b). Ce concept a évidemment fait écho chez les Premières Nations et Inuits du Canada (Blanchet Garneau et Pépin, 2012 ; Leclerc, Vézeau-Beaulieu, Rivard et Miquelon, 2018). En effet, les populations autochtones canadiennes sont aux prises avec diverses disparités en matière de santé (Baba, 2013 ; Gouvernement du Canada, 2019). On y compte « des taux plus élevés de mortalité infantile, de diabète et d'autres maladies chroniques, une prévalence plus élevée de tuberculose et d'autres maladies transmissibles et ont une espérance de vie plus courte » (Baba, 2013, p. 5).

La sécurité culturelle est un processus qui vise, pour les peuples autochtones des soins et services inclusifs et culturellement congruents où seul le patient est en mesure de signifier si le service de soins reçu est sécuritaire au niveau de son identité et de sa culture. Un partenariat égalitaire entre la ou le patient et la personne soignante doit s'établir et les contextes historiques et sociopolitiques des soins de santé doivent aussi être considérés afin de reconnaître les injustices sociales et d'intervenir adéquatement (ANAC, ACESI et AIIC, 2009 ; Baba, 2013 ; Blanchet Garneau et Pépin, 2012 ; Blanchet Garneau et Pépin, 2015b). Ce qui distingue ce concept de celui

de la compétence culturelle, par exemple, est que son contexte d'émergence est lié « avec le rapport de domination et de colonialisme subi dans le passé par le peuple autochtone » (Leclerc, Vézeau-Beaulieu, Rivard et Miquelon, 2018).

Dans le document *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis* (ANAC, ACESI et AIIC, 2009), la compétence culturelle et la sécurité culturelle ne sont pas en contradiction ou en compétition, mais sont plutôt présentées comme complémentaires. Dans les deux cas, il s'agit d'un processus, d'un engagement et d'une série d'habiletés. En effet, la sécurité culturelle s'appuie sur les mêmes assises que la compétence culturelle. Les rencontres, la conscience, la sensibilité et les connaissances culturelles sont nommées « dimensions » dans la compétence culturelle et « antécédents », dans le concept de sécurité culturelle. La figure 1 illustre d'ailleurs ces antécédents et présente les étapes ainsi que les effets d'une pratique culturellement sécuritaire.



Note. Blanchet Garneau et Pépin, 2012, p. 25

Figure 1. Sommaire des attributs, antécédents et conséquences de la sécurité culturelle

Les chercheuses Blanchet Garneau et Pépin (2012) présentent une analyse du concept de sécurité culturelle et exposent plusieurs définitions qui introduisent une utilisation élargie du concept à toutes les communautés ou populations marginalisées vivant avec une forme d'oppression et de discrimination. Ces autrices soulignent le besoin de poursuivre les recherches quant à la définition, l'application et l'opérationnalisation du concept de sécurité culturelle (Blanchet Garneau et Pépin, 2012).

2.1.3 De la compétence culturelle vers l'humilité culturelle

La compétence culturelle, malgré un large consensus sur ses effets positifs, a souvent été critiquée, car perçue comme la maîtrise d'un ensemble d'habiletés enraciné dans une perspective essentialiste (Blanchet Garneau et Pépin, 2015b ; Isaacson, 2014). Fortement concentrée à catégoriser l'autre pour mieux comprendre les différences culturelles et ainsi mieux intervenir, la compétence culturelle est plongée dans le paradigme de l'altérité, semblant minimiser l'importance de la remise en question de ses propres valeurs et du concept de normes selon la vision du peuple dominant (Patallo, 2019 ; Tervalon et Murray-García, 1998). Souvent considérée comme l'essor de la compétence culturelle, l'humilité culturelle « consiste à envisager sa propre culture d'un œil critique tout en cherchant à comprendre les autres avec respect, à reconnaître et à corriger le déséquilibre des forces, et à contribuer à des partenariats qui sont mutuellement avantageux et non paternalistes » (Cleaver, Carvajal et Sheppard, 2016). Campinha-Bacote fusionne d'ailleurs, en 2019, le concept d'humilité culturelle à sa définition de la compétence culturelle pour créer un nouveau paradigme, voir Figure 2 à la page suivante, à mi-chemin entre la compétence (compete) et l'humilité (mility), celui de « cultural competemility ».



Note. Campinha-Bacote, 2019

Figure 2. Ambigramme de la compétence et de l'humilité culturelle

Dans ce paradigme, l'humilité culturelle s'intègre graduellement à la compétence culturelle. Campinha-Bacote décrit ce processus comme un long continuum allant de l'imperméabilité inconsciente à la perméabilité inconsciente. L'imperméabilité inconsciente s'exprime par une indifférence ou une inconscience des déséquilibres de forces et des inégalités culturelles ou sociales qui peuvent exister lors de rencontres entre une personne soignée et la personne soignante. Dans un effort d'intégrer l'humilité culturelle dans sa pratique, l'infirmière ou l'infirmier passe de l'état d'imperméabilité consciente, s'il n'adapte pas sa pratique, à la perméabilité consciente, lorsque celui-ci réfléchit aux possibles inégalités qui influencent les rencontres, aux besoins à combler et qu'il adapte sa pratique en conséquence. Finalement, l'état de perméabilité inconsciente est atteint lorsque la professionnelle ou le professionnel de santé ne se fie pas à des règles spécifiques pour maintenir une humilité culturelle, mais a plutôt développé une compréhension intuitive des interactions et des comportements nécessaires à adopter pour la patiente ou le patient (Campinha-Bacote, 2019).

L'humilité culturelle et la sécurité culturelle mettent en évidence l'influence des contextes historiques et sociopolitiques sur les pratiques professionnelles infirmières où une réflexion sur sa propre identité culturelle et un partenariat respectueux et égalitaire sont essentiels pour reconnaître

les injustices sociales en santé et intervenir adéquatement (ANAC, ACESI et AIIC, 2009 ; Baba, 2013 ; Blanchet Garneau et Pépin, 2012 ; Blanchet Garneau et Pépin, 2015b).

3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE : UNE VISION CONSTRUCTIVISTE

La compétence culturelle est donc continuellement en évolution et se développe au travers de rencontres dont la complexité prend racine dans le caractère unique de chaque personne. Toutefois l'apprentissage et l'enseignement de cette compétence sont davantage développés et évalués à l'aide d'outils visant l'atteinte d'une série de comportements prédéterminés issus d'une perspective essentialiste et comportementaliste (Blanchet Garneau, 2013).

3.1 L'approche par compétences

Le contexte actuel d'approche par compétences au collégial s'insère dans la théorie d'apprentissage constructiviste et socioconstructiviste. L'apprentissage est défini comme un processus actif de construction de connaissances. Ces apprentissages doivent se développer au travers de situations concrètes qui font sens pour l'apprenante et l'apprenant (Le Boterf, 2006). Les conflits cognitifs et les défis représentent des moyens concrets pour motiver (Viau, 2009) et stimuler les étudiantes et les étudiants à réorganiser leurs connaissances pour répondre à ces défis ou résoudre le conflit. C'est par l'efficacité à mobiliser et à choisir les connaissances pertinentes pour répondre à une situation donnée que la compétence s'évalue. Tardif définit une compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (2006,

p. 22). La chercheuse Blanchet Garneau, doctorante en sciences infirmières et professeur adjointe à l'Université de Montréal, s'est basée sur ce référentiel pédagogique constructiviste pour élaborer un modèle de développement de la compétence culturelle cohérent avec l'approche par compétences. Ce modèle implique des connaissances, un savoir-être et un savoir-faire qui, lorsque combinés correctement, mènent à une action culturellement sécuritaire, inclusive et efficace (Blanchet Garneau et Pépin, 2015a). Ainsi, dans le cadre de cette recherche, la définition la plus complète de la compétence culturelle pour la chercheuse se fonde sur un paradigme constructiviste adapté au modèle pédagogique québécois qui s'appuie et rallie les concepts de culture, de sécurité culturelle, d'humilité culturelle et de développement de compétence.

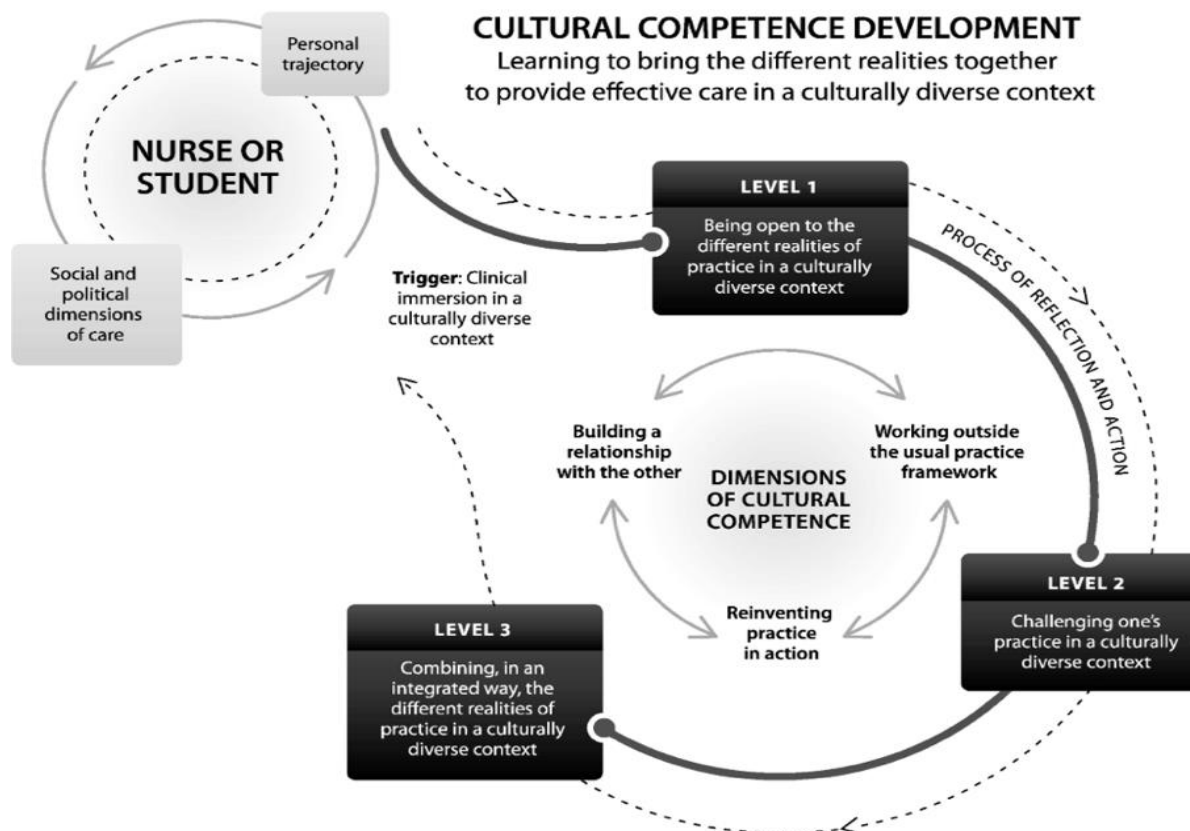
A complex know-act grounded in critical reflection and action, which the health care professional draws upon to provide culturally safe, congruent, and effective care in partnership with individuals, families, and communities living health experiences, and which takes into account the social and political dimensions of care. [Un savoir-agir complexe fondé sur une réflexion critique et une action qui prend en compte les dimensions sociales et politiques des individus, des familles et des communautés vivant des expériences dans le domaine de la santé et sur lequel le professionnel de la santé s'appuie pour offrir en partenariat des soins culturellement sécuritaires, congruents et efficaces.] (Blanchet Garneau et Pépin, 2015, p. 12a)

3.2 Cadre théorique du développement de la compétence culturelle

Le cadre théorique de Blanchet Garneau et Pépin (2015a) issu du modèle de développement de la compétence culturelle se fonde sur quatre composantes pour développer cette compétence chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers.

1. Le développement de la compétence culturelle est un processus de réflexion et d'action qui consiste à apprendre à réunir différentes réalités pour fournir des soins efficaces dans un contexte de diversité culturelle.
2. Ce processus implique le développement de trois dimensions de la compétence culturelle : construire la relation avec l'autre, sortir du cadre habituel de pratique, et réinventer sa pratique en action.
3. Ce processus implique trois niveaux évolutifs générés à l'intérieur d'une expérience d'immersion clinique, qu'elle soit locale ou internationale.
4. Le contexte d'apprentissage favorise ce processus, car les trajectoires personnelles et les dimensions sociopolitiques sont exposées. (Blanchet Garneau et Pépin, 2015a, p. 1064)

La figure 3 ci-dessous illustre les trois dimensions et les trois niveaux du développement de la compétence culturelle, et la ligne pointillée explicite la présence du processus de réflexion et d'action à chacun des niveaux.

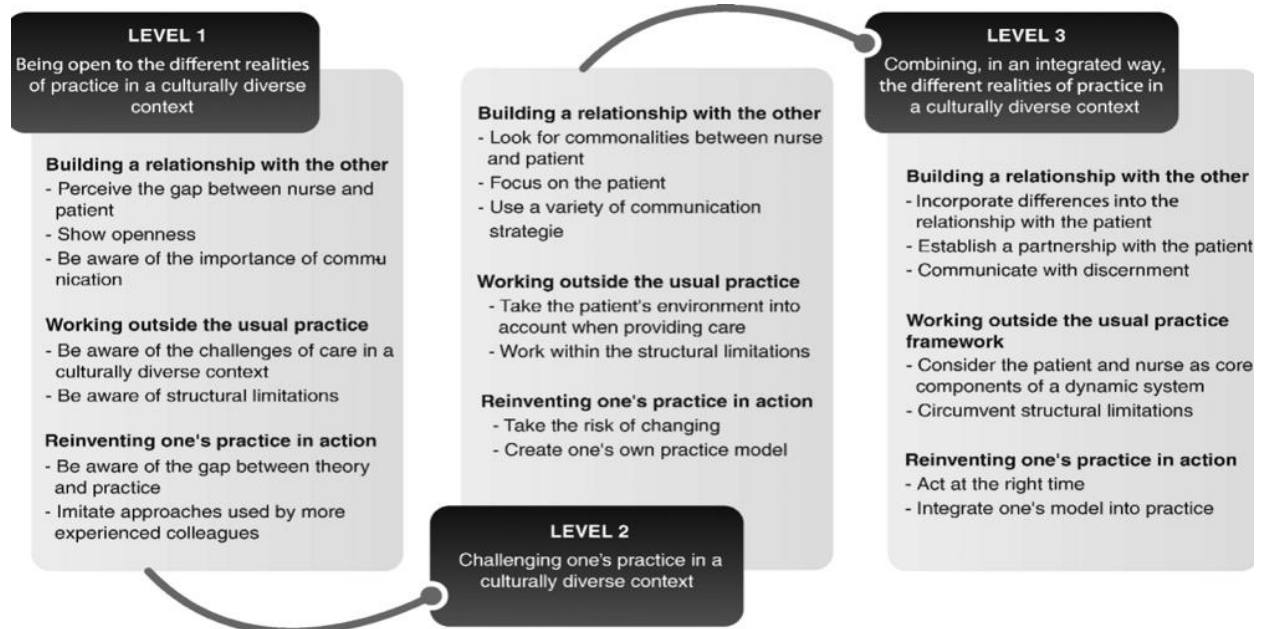


Note. Blanchet Garneau et Pépin, 2015a, p. 1064

Figure 3. Le développement de la compétence culturelle

La figure 4, à la page suivante, explique l'évolution et la complexification des trois dimensions à travers les trois niveaux de développement de la compétence culturelle. La première dimension, construire la relation avec l'autre, débute par la reconnaissance des écarts culturels entre l'infirmière ou l'infirmier et la personne soignée, et s'accompagne d'une ouverture face à

cette diversité. Des points communs entre les différentes cultures sont ensuite identifiés et plusieurs formes de communication sont utilisées pour faciliter le partenariat. La deuxième dimension, sortir du cadre habituel de pratique, est d'abord une prise en compte des défis et des limites structurelles de la pratique infirmière dans un contexte de diversité culturelle. Graduellement, l'étudiante ou l'étudiant est en mesure de considérer l'environnement de la personne soignée à l'intérieur des limites structurelles et ultimement, apprend à contourner ces limites. Finalement, dans la troisième dimension, réinventer sa pratique en action, l'étudiante ou l'étudiant est conscient des écarts entre la théorie et la pratique, il modélise son approche en prenant exemple sur des collègues plus expérimentés. Il façonne et intègre alors progressivement son modèle de pratique en contexte de diversité culturelle.



Note. Blanchet Garneau, 2013, p. 175

Figure 4. Les trois niveaux de développement de la compétence culturelle

3.3 La pratique réflexive

Une dimension importante du cadre théorique de développement de la compétence culturelle (Blanchet Garneau et Pépin, 2015a) est le processus de réflexion et d'action où l'étudiante ou l'étudiant analyse et évalue sa pensée, ses émotions, ses apprentissages et ses interventions, lui permettant ainsi la genèse de nouvelles perspectives et la modification de certaines pratiques. Ce processus s'appuie principalement sur une des formes de la pratique réflexive décrite dans l'ouvrage *Educating the reflective practitioner* de Schön en 1987 (cité dans Manti, Henderson et Watkison, 2011 ; Zai, 2001), celle de la *réflexion sur l'action*, qui « correspond à une vérification au cours de laquelle la personne réfléchit à l'efficacité de son action selon les résultats produits et peut alors décider de la modifier » (Blanchet Garneau, 2013, p. 208). Zai (2001) suggère, quant à lui, qu'il s'agit de « l'application ordonnée d'un raisonnement logique à des données connues pour résoudre un problème » (p. 17). La deuxième forme de la pratique réflexive énoncée par Schön (cité dans Manti, Henderson et Watkison, 2011 ; Zai, 2001) se réalise pendant l'action, la *réflexion en action* peut alors modifier ou restructurer l'activité en cours. La *réflexion en action* reprend d'ailleurs une des dimensions du modèle théorique : réinventer sa pratique en action (Blanchet Garneau et Pépin, 2015a).

Page-Cutrara et Turk (2017) et Zai (2001) relatent deux autres formes de pratique réflexive. La *réflexion pour l'action*, aussi nommée la *réflexion avant l'action*, génère une projection de l'action dans l'avenir. En 1993, Greenwood (cité dans Page-Cutrara et Turk, 2017) souligne qu'une *réflexion avant l'action*, exercée à l'intérieur d'activités et d'apprentissages préparatoires, peut mener à intégrer ou à explorer des changements dans sa pratique. Finalement, la « *réflexion*

à propos de l'action (about) se produit quand on prend en compte les contextes élargis, sociaux, économiques et politiques dans lesquels l'action a lieu. Elle s'accompagne souvent d'un désir de réaliser une justice sociale, une émancipation ou une amélioration. » (Zai, 2001, p.18). En soins infirmiers, la *réflexion à propos de l'action*, aussi nommée *réflexion au-delà de l'action* par Dreifuerst (2009), favorise le développement du jugement professionnel et permet de considérer sa pratique d'un point de vue holistique. Elle conduit à reconnaître les défis qui lui sont associés et est aussi porteuse de changements (Dreifuerst, 2009 ; Peisachovich, 2016). En outre, la pratique réflexive peut être définie comme « une activité intellectuelle et affective dans laquelle l'individu s'engage à explorer ses expériences dans le but de mieux les comprendre, réaliser des apprentissages afin de les transférer dans de nouvelles situations » (Donnaint, Marchand et Gagnayre, 2015, p. 67).

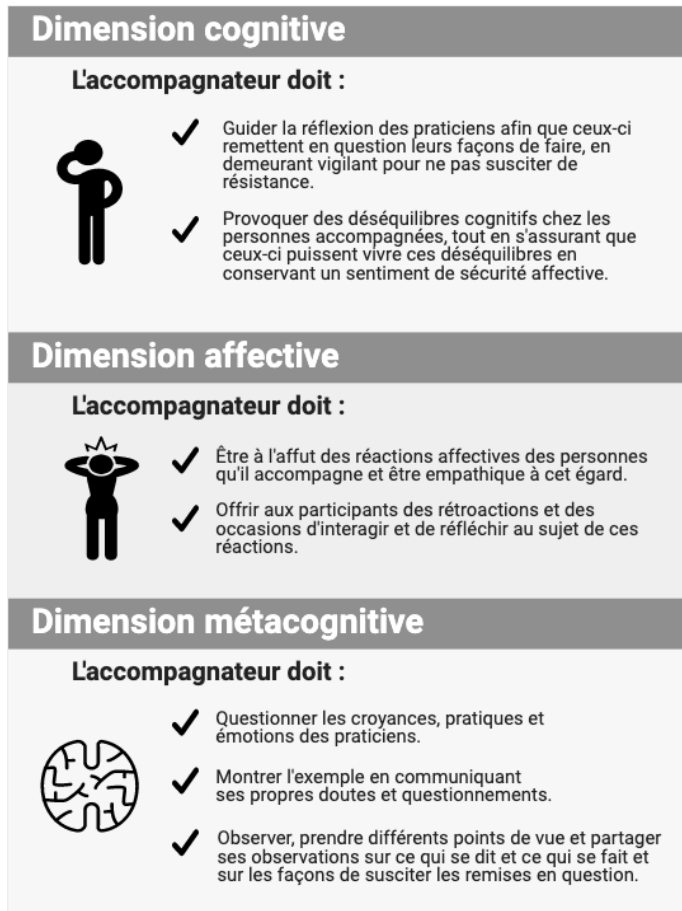
Les autrices Blanchet Garneau et Pépin s'appuient d'ailleurs sur la théorie de l'apprentissage transformatif de Mezirow (1997) où le développement d'une pratique réflexive est à la fois axé sur la qualité et la profondeur de la réflexion sur ses expériences, et permet d'acquérir de nouvelles perspectives face à une situation. L'apprentissage transformatif est en quelque sorte le résultat espéré de la *réflexion sur l'action* (Schön cité dans Manti, Henderson et Watkison, 2011 ; Zai, 2001) et la *réflexion au-delà de l'action* (Dreifuerst, 2009). La stratégie enseignante dans l'apprentissage transformatif vise à provoquer une réflexion en créant des situations d'apprentissage significatives et à faciliter la découverte ainsi que le partage des nouvelles perspectives (Mezirow, 1997). La pratique réflexive dans le développement de la compétence culturelle offre donc l'opportunité aux étudiantes et aux étudiants de soins infirmiers d'analyser leur pratique et de comprendre en profondeur leurs schèmes de pensée, d'analyser leurs croyances

et leurs repères sociaux en lien avec les enjeux sociétaux actuels et ceux spécifiques à la profession infirmière en contexte de diversité culturelle. Ce faisant, ils développent une pensée autonome, font progresser leur jugement clinique et leur pratique en générale (Mezirow, 1997 ; Pépin, Kérouac et Ducharme, 2010).

Pour Vacher (2011), la pratique réflexive dans le curriculum de formation « trouve sa place à l'interface entre les savoirs de l'expérience et les savoirs théoriques, elle permet de développer une perspective qui unit de façon fonctionnelle le vécu des stages et les apports théoriques » (p. 72). Sans ces réflexions, l'expérience seule pourrait venir renforcer les stéréotypes, proposer des solutions simplistes à des problèmes complexes, et amener à généraliser de manière excessive sur une base de données limitées (Ash et Clayton, 2009, Mezirow, 1997).

Vacher (2011) rappelle toutefois que l'efficacité de la pratique réflexive dans une activité pédagogique repose sur plusieurs déterminants dont : « la clarification conceptuelle, [...] la conception d'outils et de dispositifs adaptés et la capacité des formateurs à expliquer, accompagner et respecter le sujet en formation » (p. 76). En effet, Barriault (2016) souligne que le contexte et les intentions doivent être clarifiés afin que la personne en formation soit consciente du processus d'apprentissage et qu'elle se sente en sécurité dans cette approche. Les dimensions cognitives, métacognitives et affectives de l'apprenante ou de l'apprenant doivent être abordées, que ce soit par des questionnements, en repérant les réactions affectives ou encore en stimulant la réflexion par l'apport de différents points de vue. Finalement, la personne qui encadre la démarche doit

porter un regard sur ses compétences pour stimuler la pratique réflexive et évaluer son expertise d'accompagnatrice. La figure 5 présente respectivement les trois dimensions citées plus haut.



Note. Barriault, 2016, *s.p.*

Figure 5. Dimension cognitive, affective et métacognitive

Dans le cadre de cette recherche, les types de questionnement pour favoriser la pratique réflexive sont issus des recherches de Lafortune (2004). Elle mentionne qu'il est nécessaire de préparer des questions, mais que celles-ci peuvent émerger des interactions. Elle identifie six types de questionnement :

- Type informatif : permet de mieux connaître les personnes auxquelles on s'adresse ;
- Type descriptif : suscite la verbalisation des pratiques à partir d'une expérience spécifique ;
- Type réflexif : suscite la réflexion et l'analyse tout en permettant l'autoévaluation ;
- Type métacognitif : suscite un regard sur son processus d'apprentissage ;
- Type affectif : questions liées aux relations interpersonnelles ou aux craintes et inquiétudes, mais aussi aux plaisirs ;
- Type conceptuel : permet de clarifier le sens de différents concepts, de faire émerger les croyances (conceptions et convictions) et de stimuler la discussion à propos d'éléments théoriques. (Lafortune, 2004, p. 198)

4. LA SIMULATION CLINIQUE D'INCIDENTS CRITIQUES CULTURELS

Dans le cadre théorique de Blanchet Garneau et Pépin (2015a), l'immersion clinique constitue l'environnement dans lequel se déploient les trois dimensions de la compétence culturelle. Plusieurs spécialistes insistent toutefois sur l'importance de diversifier les stratégies pour faire développer cette compétence, notamment par des apprentissages dans l'action comme les stages immersifs ou à l'étranger, mais aussi par plusieurs méthodes d'enseignement comme les discussions, les jeux de rôles, la simulation et les études de cas ou d'incidents critiques (Byrne, 2016; Huard, Garneau, Pépin et Larue, 2016 ; Harkess et Kaddoura, 2016 ; Lonneman, 2015 ; Mezirow, 1997 ; Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2020 et Registered Nurses' Association of Ontario, 2007). Étant donnée la structure actuelle du programme *Soins infirmiers* où la compétence « Composer avec des réalités sociales et culturelles

liées à la santé» (Collège de Maisonneuve, 2014) est développée à l'intérieur des cours de sociologie, il apparaît nécessaire pour la chercheuse d'opter pour une stratégie d'enseignement qui permet le développement d'assises et d'habiletés de la compétence culturelle par la pratique réflexive à même le collège.

4.1 La simulation clinique

De manière générale, la simulation clinique en soins infirmiers a pour but de recréer des situations cliniques à l'aide de mannequins informatisés et interactifs ou à l'aide de patients standardisés incarnés par des acteurs :

l'étudiant est placé dans un environnement simulé où il est censé agir comme s'il s'agissait d'une situation réelle. La simulation lui permet d'aborder, dans un cadre expérimental, des situations complexes où il faut résoudre des problèmes ou prendre des décisions pour être mieux préparé la prochaine fois que ces problèmes se présentent. (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012, p. 3)

Cette activité pédagogique permet aux étudiantes et aux étudiants de vivre et d'expérimenter des situations de soins dans un contexte sécuritaire, d'uniformiser les situations d'apprentissages, de développer leur jugement clinique et, finalement, d'avoir le droit au faux pas, car la simulation demeure en contexte formatif (Long, 2012 ; Ndiwane, Koul, et Theroux, 2014). Dans un contexte de développement de la compétence culturelle avec des patients standardisés, donc incarnés par des actrices ou des acteurs, les avantages de la simulation permettraient d'exposer les étudiantes et les étudiants à des situations culturelles complexes dans un contexte

clinique immersif. Ce faisant, ils pourraient explorer et développer des habiletés et des attitudes culturellement sensibles et adaptées sans être en milieu hospitalier.

Au Collège de Maisonneuve, la rédaction de scénario de simulation et la pédagogie appliquée en simulation se fondent sur les standards de pratiques développés par l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL). Onze critères ont été identifiés pour assurer la réussite d'une activité de simulation. Le tableau 2, ci-dessous, expose à la fois ces critères et l'ordre chronologique à respecter.

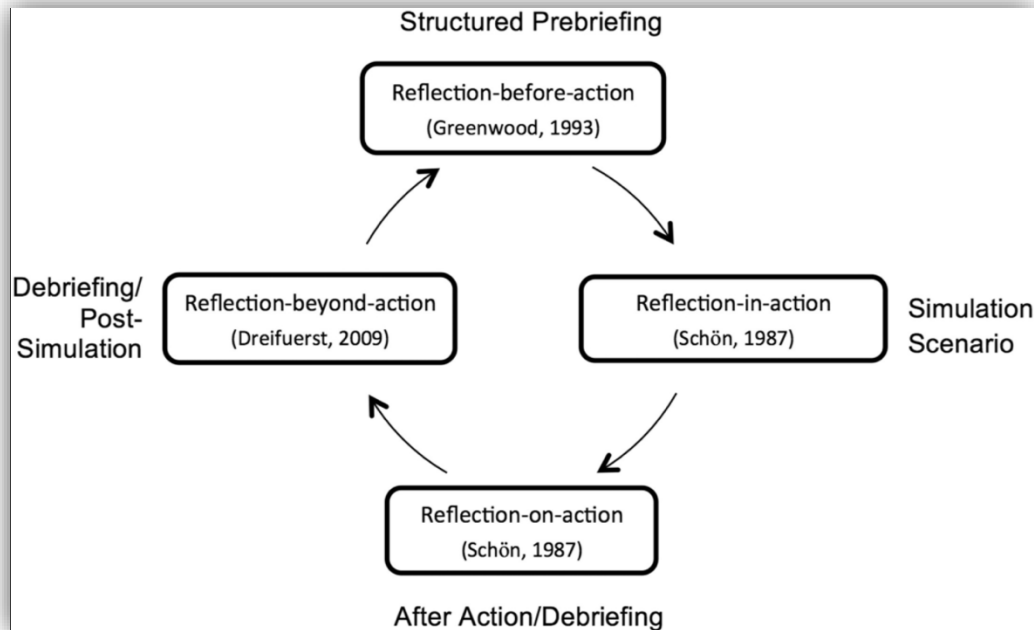
Tableau 2. Onze critères de réussite

1	Procéder à une évaluation des besoins pour justifier la nécessité de créer une activité de simulation clinique.
2	Définir et construire des objectifs mesurables.
3	Structurer l'activité de simulation en fonction de l'objectif, de la théorie et des modalités de la simulation clinique.
4	Concevoir un scénario pour fournir le contexte de l'expérience.
5	Utiliser différentes modalités pour favoriser le réalisme de l'expérience.
6	Maintenir une approche centrée sur les participants et guidée par les objectifs, les connaissances des participants et les résultats attendus.
7	Débuter la simulation clinique par un pré-briefage.
8	Terminer la simulation clinique par un débriefage.
9	Inclure une évaluation de l'activité.
10	Fournir du matériel de préparation et des ressources afin de promouvoir l'atteinte des objectifs identifiés et l'atteindre des critères de performances.
11	Procéder à un essai pilote.

Source. INACSL Standards Committee, 2016

La simulation clinique est une activité qui se réalise généralement en groupe de six étudiantes et étudiants accompagnés d'une ou d'un enseignant. En soins infirmiers, elle comprend généralement quatre grandes étapes : le pré-breffage, le breffage, la simulation (l'action) et le débriefage. Les étapes de pré-breffage et de breffage participent à l'organisation mentale et à la préparation de l'expérience simulée chez les étudiantes et les étudiants. Effectivement, durant ces étapes, ces derniers acquièrent des informations concernant le contexte de réalisation, le sujet et les objectifs de la simulation (Oriot et Alinier, 2019 ; Standards Committee, 2016). Elles sont aussi cruciales pour discuter de la dimension émotive reliée à la simulation et tenter de désamorcer le stress généralement présent chez les participantes et les participants. L'action se réalise à tour de rôle, seul ou à deux, elle est filmée et projetée dans une salle qui accueille les autres participantes et participants. Ces derniers observent donc la performance de leurs collègues, ils peuvent modéliser certaines pratiques quand leur tour viendra ou en choisir d'autres. Le débriefage se réalise dans les instants qui suivent toutes les simulations et permet à « l'enseignante et les étudiantes [d'examiner] la séquence des événements (ce qui s'est passé) et les étudiantes font le point sur ce qu'elles ont appris » (Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012, p. 12). En évaluant les interventions réalisées, les moyens de communication utilisés et les décisions prises lors de moments imprévus, les étudiantes et les étudiants développent leur pensée critique. La pratique réflexive exercée en période de simulation et particulièrement lors du débriefage est reconnue pour favoriser le jugement clinique. (INACSL Standards Committee, 2016 ; Rutledge, Barham, Wiles et Benjamin, 2008 ; Simoneau, Ledoux et Paquette, 2012). La figure 6, à la page suivante, illustre le cycle de la réflexion en simulation clinique de Page-Cuttrara et Turk (2017) qui servira d'ailleurs

de modèle à l'intervention choisie dans le cadre de cette recherche. La figure présente la forme de pratique réflexive déployée à chacune des étapes de la simulation en soins infirmiers.



Note. Page-Cuttrara et Turk, 2017, p. 79

Figure 6. Le cycle de la réflexion en simulation clinique

Par ailleurs, la simulation clinique comme activité d'enseignement s'insère dans les stratégies dites réflexives-interactives décrites par Lafortune (2012). Elles sont explicitées comme étant :

des actions pédagogiques et didactiques ciblées qui visent à susciter la réflexion individuelle relativement à sa pratique et à ses apprentissages, tout en suscitant des interactions entre pairs et collègues. Ces stratégies s'inspirent de divers moyens comme le questionnement, l'interaction, la réflexion, la discussion, l'autoévaluation, la rétroaction, les moments de réflexion et les conflits

sociocognitifs. Ces stratégies favorisent les échanges, la confrontation des idées et la communication réflexive-interactive. (Lafortune, 2012, p. 2)

Selon Lafortune (2012), la démarche réflexive-interactive comprend cinq composantes qui permettent un « processus de mise à distance sur ses apprentissages (métacognition) et ses pratiques professionnelles (pratique réflexive) » (p. 4). Le tableau 3 présente les cinq composantes de cette démarche.

Tableau 3. Cinq composantes de la démarche réflexive-interactive

1	Prise en compte de tous les moments de l'action : avant l'action (planification, anticipation), au début de l'action (introduction, entrée en communication), pendant l'action (agir et se regarder agir), à la fin de l'action (finalisation d'un apprentissage ou d'une tâche), après l'action (retour sur l'action, ajustements envisagés pour une autre fois).
2	Problème ou problématique à cerner, à prendre en considération, à analyser, à résoudre.
3	Réflexion pour prendre du temps, pour observer (auto-observer), pour évaluer (autoévaluer).
4	Réflexion individuelle et collective pour une mise à distance (faire et se regarder faire) et un regard critique (le sien et celui des autres).
5	Moyens à se donner pour garder des traces de la démarche, des actions posées pour un meilleur retour sur les actions.

Source. Lafortune, 2012, p. 5

Les étapes de la simulation clinique, pré-breffage, breffage, simulation (action) et débriefage s'apparentent à la première composante, car elles englobent tous les moments entourant une action. Les objectifs du scénario de simulation permettent de se concentrer sur une ou des problématiques. Le débriefage reprend les composantes 3 et 4, en permettant les échanges et la *réflexion sur l'action* de Schön (cité dans Zai, 2001) dans une approche socioconstructiviste.

Finalement, l'OIIQ reconnaît la contribution significative de la simulation en tant qu'activité complémentaire aux stages, en ce qu'elle enrichit les connaissances, facilite l'acquisition des habiletés, diminue l'anxiété et développe le jugement clinique dans un environnement contrôlé et sécuritaire (OIIQ, 2009). En outre, suite à une revue de littérature sur CINAHL, Emcar (Ovid), MEDLINE et Google, il appert que la simulation clinique avec des patients standardisés permettant le développement de la compétence culturelle est une méthode inédite dans le contexte québécois et pourrait faire ressortir de nouvelles connaissances.

4.2 Les incidents critiques culturels

L'expérience de situations culturelles complexes visée en simulation clinique est abordée dans cette recherche sous le concept d'incident critique culturel. Dans cette perspective, ces incidents qui s'apparentent au concept de conflit sociocognitif et affectif servent de tremplin en simulation pour identifier ses propres limites, explorer celles des autres et entrevoir des pistes de solutions.

Critical incidents in one's life, moments when there is tension between established understandings and new experiences, offer opportunities for transformation and growth. Reflection on these incidents can result in either confirmation of previously held beliefs or some degree of transformation. [Les incidents critiques incarnent des moments de tension dans la vie où notre compréhension est confrontée à de nouvelles expériences ou perspectives. Ces moments offrent des opportunités de transformation et de croissance. Une réflexion sur ces incidents peut entraîner soit

la confirmation de croyances antérieures, soit un certain degré de transformation.]

(Lonneman, 2015, p. 286)

Les incidents critiques, tels que Lonneman (2015) les décrit, s'inscrivent dans une perspective cohérente avec l'apprentissage transformatif de Mezirow (1997) et la pratique réflexive essentielle au développement de la compétence culturelle de Blanchet Garneau et Pépin (2015a). Les auteurs Leclerc, Bourassa et Filteau (2010) retiennent trois critères dans le choix des incidents pour favoriser la pratique réflexive. Ceux-ci « doivent relater des situations vécues et non imaginées, [...] être circonscrits dans le temps [et] doivent se déployer dans une interaction » (p.17-18).

Selon Lonneman (2015), les incidents critiques nécessitent aussi une démarche bidirectionnelle, un regard posé vers soi et un regard posé dans l'univers de l'autre. Ainsi, en abordant les tensions culturelles comme des incidents critiques culturels, les étudiantes et étudiants sont amenés à réfléchir à leur identité culturelle en lien avec la culture de l'autre. Ce faisant, ces derniers entrent aussi dans une démarche congruente avec la sécurité culturelle et l'humilité culturelle.

Afin d'analyser les incidents critiques, Lescarbeau (2000) suggère d'abord de « décomposer la situation selon ses principales dimensions constitutives » (p. 161) puis de « recueillir les faits, les circonstances, les conditions reliées [aux] dimensions qui entourent l'évènement » (p. 161). Dans le cas d'incidents critiques culturels en formation infirmière, il est donc important de saisir le contexte de ces incidents, les différentes sources potentielles au cœur des tensions, les personnes qui sont impliquées et « la nature de [leur] relation » (Lescarbeau, 2000,

p. 162) ainsi que d'explorer les recours qui ont été envisagés par les personnes impliquées. Une fois les données dimensionnelles analysées, « des hypothèses sur les forces en présence » (Lescarbeau, 2000, p. 162) peuvent être formulées.

5. LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE LA RECHERCHE

L'utilisation de la simulation clinique permettrait donc l'expérimentation d'habiletés et d'attitudes infirmières en contexte de diversité culturelle plutôt que de se limiter aux seuls savoirs théoriques. Ce faisant, un pont entre les notions théoriques vues en sociologie et celles d'une pratique infirmière culturellement inclusive serait fait, et ce, afin de mieux préparer et sensibiliser les étudiantes et étudiants au tissu social varié de la société québécoise actuelle.

Ce faisant, les objectifs spécifiques de cet essai visent à :

1. Dresser le portrait de la problématique locale en relevant les dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture vécus par les étudiantes et les étudiants du programme *Soins infirmiers*.
2. Créer des activités pédagogiques en utilisant les principes de la simulation par immersion clinique (pré-breffage, breffage, action, débriefage) qui répondent aux dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture les plus fréquemment vécus par les étudiantes et les étudiants.
3. Analyser le développement de la compétence culturelle de la population étudiante de *Soins infirmiers* grâce à la pratique réflexive en situation de simulation par immersion clinique.

TROISIÈME CHAPITRE. LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les choix méthodologiques qui structurent l'ensemble de la recherche. La première partie traite du postulat de la recherche dans lequel s'insèrent le type d'essai et l'approche méthodologique choisis. La deuxième partie expose de manière détaillée les participants et les participantes de la recherche. Suit une description des méthodes et des instruments de collecte de données ainsi que le déroulement de cet essai tout en présentant les modifications méthodologiques engendrées par la pandémie Covid-19. Ce troisième chapitre se termine par la justification des modalités d'analyse des données en lien avec les critères de scientificité et la présentation des considérations éthiques.

1. LE POSTULAT DE LA RECHERCHE

Cette première partie vise à argumenter le postulat de la recherche ayant guidé les choix méthodologiques. Ainsi, le type de recherche et l'approche méthodologique seront décrits et justifiés au regard de la posture épistémologique, du contexte de la recherche, et de la nature des objectifs.

1.1 Le type de recherche

Cette recherche vise à décrire et à analyser la pratique réflexive étudiante pour l'acquisition de nouvelles connaissances et le développement d'une pratique infirmière culturellement inclusive. Le type de recherche choisi par la chercheuse correspond à la recherche-intervention et se base sur le devis méthodologique de Paillé (2007), où l'intervention s'articule au travers de la

simulation clinique en contexte de diversité culturelle. La figure 7 présente les huit étapes du devis de recherche-intervention.

Recherche-intervention	
1.	Diagnostic empirique de la situation problématique
2.	Préparation du plan et des outils d'intervention
3.	Choix des méthodes de collecte des données de l'aspect recherche
4.	Intervention et cueillette des données de la recherche
5.	Répétition de 4 et 5 à plusieurs reprises si nécessaire
6.	Analyse/évaluation des données de la recherche-intervention
7.	Description des changements et des connaissances issus du projet
8.	Critique de l'intervention et recommandations

Note. Paillé, 2007, p. 148

Figure 7. Étapes de la recherche-intervention

Chacun des objectifs spécifiques dégagés pour cette recherche intègre d'ailleurs au moins une étape du devis de Paillé. En effet, le premier objectif de cette recherche — Dresser le portrait de la problématique locale en relevant les dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture vécus par les étudiantes et les étudiants du programme *Soins infirmiers* — se réfère à la première étape du devis et est réalisé par le biais d'un questionnaire en ligne. Ce faisant, le diagnostic empirique ou « étude sur le terrain et non uniquement à partir des éléments dégagés dans la problématique » (Paillé, 2007, p. 148) pourra permettre d'approfondir l'analyse des données de la recension d'écrits, de confirmer la problématique au point de vue local et d'adapter l'intervention aux besoins de la population cible (Paillé, 2007).

En dégageant les constats de ce diagnostic empirique quant aux dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture les plus fréquemment vécus par les étudiantes et les

étudiants, la chercheuse pourra alors créer une intervention pédagogique adaptée et cohérente avec ces constats, ce qui constitue le deuxième objectif spécifique de cette recherche ainsi que la deuxième et la troisième étape du devis de Paillé. Concrètement, cette étape intègre la création de scénarios de simulation clinique avec des acteurs ou des actrices et l'élaboration d'une démarche qui inclut une période de pré-brefage, de brefage, d'action et de débriefage, et qui doit viser la pratique réflexive pour le développement de la compétence culturelle.

La quatrième et la cinquième étape du devis seront réalisées avec la participation d'étudiantes et d'étudiants en simulation clinique où leur pratique réflexive sera observée et stimulée par la chercheuse. Le troisième objectif spécifique de cette recherche — Analyser le développement de la compétence culturelle de la population étudiante de *Soins infirmiers* grâce à la pratique réflexive en situation de simulation par immersion clinique — correspond à la sixième étape. Finalement, les dernières étapes du devis de Paillé (2007) englobent ce qui sera présenté dans les chapitres subséquents de cet essai ainsi que dans la conclusion.

La recherche-intervention est un type de recherche-action qui s'inscrit dans le pôle de la recherche, un des trois pôles du programme de maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke, car elle cible l'augmentation des connaissances, leur transférabilité et, finalement, la transformation du milieu (Université de Sherbrooke, 2015). Dans cet essai, les retombées de cette démarche visent à livrer un produit potentiellement utile et transférable (Paillé, 2007) plutôt qu'à transformer le milieu. En effet, la posture de la chercheuse face au déroulement du projet est influencée par le paradigme interprétatif et se concentre davantage sur l'analyse de la pratique réflexive et sur la description des connaissances émergentes que sur la position militante

du paradigme critique qui viserait l'implantation de la compétence culturelle dans le programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018). L'implication active de la chercheuse est conforme à la recherche-intervention qui se définit comme « une méthode de recherche menée par un acteur-chercheur dont les rôles d'intervenant et d'agent de changement s'harmonisent aux besoins des acteurs-participants tout comme aux caractéristiques du terrain d'étude » (Duchesne et Leurebourg, 2012, p. 6).

1.2 L'approche méthodologique

L'approche méthodologique est qualitative, car il s'agit de comprendre, par un raisonnement inductif, comment sont vécus les incidents critiques reliés à la culture en simulation clinique par les différents participants et participantes, et d'en tirer certaines conclusions. Comme le mentionnent Fortin et Gagnon (2016), « la recherche qualitative tend à faire ressortir la signification que le phénomène étudié revêt pour les personnes » (p. 31). Cette signification, propre à chacun, vient par le fait même influencer la pratique infirmière de chaque participante et participant dans un contexte de diversité culturelle. Ainsi, « la théorie se développe, s'enracine dans les données et se raffine au fur et à mesure que la recherche progresse » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 31). L'approche qualitative de cette recherche s'inscrit parfaitement dans le paradigme interprétatif, où la subjectivité des récits des participantes et des participants et l'intentionnalité de la chercheuse sont présentées par la description du processus réflexif et des nouvelles connaissances ou aptitudes en termes de compétence culturelle (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018). De plus, le caractère exploratoire de l'approche qualitative est validé par le choix des outils de

collecte de données qui permet de colliger les réflexions des participantes et participants (Fortin et Gagnon, 2016).

Il faut toutefois souligner que l'approche méthodologique choisie s'inscrit aussi dans un devis concomitant imbriqué, car la première étape de la collecte de données est faite par le biais d'un questionnaire en ligne recueillant principalement des données quantitatives pour établir le diagnostic de la problématique locale et sur lequel la chercheuse se base pour élaborer les activités pédagogiques en simulation. La méthode qualitative prédomine, mais la méthode quantitative sert d'appoint dans la stratégie déployée par la chercheuse (Fortin et Gagnon, 2016).

2. LES PARTICIPANTES ET LES PARTICIPANTS

Les participantes et les participants ciblés par cette recherche sont les étudiantes et les étudiants inscrits au programme *Soins infirmiers* au collégial, car ils sont au centre de l'intervention tant au niveau du diagnostic de la problématique que dans l'expérimentation des activités pédagogiques de simulation.

2.1 Population cible et accessible

La population cible constitue donc l'ensemble des étudiantes et des étudiants du réseau collégial inscrits au programme *Soins infirmiers*, car elle représente la population pour laquelle « des généralisations ou des transferts » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 261) pourraient être faits. La population accessible est toutefois restreinte à celles et ceux inscrits au programme *Soins infirmiers* du Collège de Maisonneuve au cheminement régulier et accéléré, car cette population est atteignable par la chercheuse (Fortin et Gagnon, 2016).

2.2 Échantillon et méthode d'échantillonnage

Pour l'ensemble de la recherche, la méthode d'échantillonnage envisagée est non-probabiliste et intentionnelle, car l'échantillon n'est pas obtenu de manière aléatoire, mais plutôt parce qu'il intègre les caractéristiques de la population cible (Fortin et Gagnon, 2016). Les critères d'inclusion ciblent les étudiantes et les étudiants âgés de plus dix-huit ans ayant terminé leur troisième session. De ce fait, ils sont majeurs, ils ont déjà vécu la réalité des stages et sont en mesure de comprendre les enjeux de la diversité culturelle dans la pratique infirmière. Par la participation d'étudiantes et d'étudiants au cheminement accéléré et régulier, la chercheuse vise l'atteinte d'un « échantillon à variations maximales [...] susceptible de montrer l'étendue de la variation du phénomène à l'étude » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 272).

Pour la première partie de la recherche, soit d'établir le diagnostic de la problématique locale par le biais d'un questionnaire en ligne, la chercheuse vise la participation du plus grand nombre d'étudiantes et d'étudiants répondant aux critères d'inclusion de la population accessible pour refléter le plus adéquatement la population cible dont le contexte de diversité culturelle serait similaire. Pour les étapes suivantes de la recherche, la chercheuse vise au total de quatre à six étudiantes et étudiants. Dans le cas où plus de six personnes désireraient participer, la chercheuse tentera de créer un échantillon représentatif de la population étudiante du programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve. Les participantes et les participants seront alors classés selon certains critères tels que le genre, le cheminement et l'origine ethnoculturelle, et choisis de façon aléatoire à l'intérieur de chacune des classes. Ce faisant, la chercheuse s'efforce de faire refléter de façon proportionnelle les caractéristiques pertinentes et variables retrouvées chez cette

population (Fortin et Gagnon, 2016). Le nombre de participantes et de participants a été choisi de manière à respecter certaines limites liées au design de la recherche et au choix de l'intervention. Effectivement, par souci pour l'acteur ou l'actrice qui incarnera le patient en simulation clinique, la chercheuse alloue un temps maximal de dix à quinze minutes par simulation sur une période maximale d'une heure et demie, ce qui restreint le groupe à un maximum de six participants. Le minimum de quatre étudiantes et étudiants a été établi pour toutefois permettre des échanges et une coconstruction des connaissances durant les étapes de collectes données.

2.3 Le recrutement des participantes et des participants

La période de recrutement a débuté le 10 février 2020 dès l'envoi par courriel de la lettre d'information (Annexe H) aux cent quarante-trois étudiantes et étudiants répondant aux critères d'inclusion. Le courriel consistait en une brève explication du projet, mais principalement de la première étape, celle du questionnaire en ligne. Une mention dans la lettre d'envoi indiquait qu'à la fin du questionnaire, une présentation des étapes subséquentes de la recherche serait faite et que les étudiantes et les étudiants pourraient alors signifier à ce moment-là l'envie de poursuivre leur participation lors de la seconde étape. La version définitive du questionnaire en ligne fut mise en ligne et accessible via un lien électronique la même journée que l'envoi de la lettre d'information. Étant donné que la période indiquée pour remplir le questionnaire s'étendait jusqu'au 24 février 2020, la chercheuse a envoyé deux messages de rappel via Omnivox, plateforme de messagerie officielle du Collège de Maisonneuve. Finalement, une première visite dans les classes au cheminement régulier s'est faite le 21 février 2020. Celle-ci s'est avérée bénéfique puisque la participation au questionnaire a presque doublé par la suite. Au cheminement accéléré, aucune

visite en classe n'a été réalisée avant la date limite, les étudiantes et étudiants étant en stage à cette période. Toutefois, le taux de leur participation au questionnaire s'est avéré inférieur, considérant le prorata, à celui du cheminement régulier. La chercheuse a donc allongé la période jusqu'au 5 mars 2020 et une visite en classe a été faite le 3 mars 2020. Au final, soixante et un questionnaires d'étudiantes et d'étudiants ont été retenus pour l'analyse de données, ce qui représente 42,7 % de la population cible et accessible de cette recherche.

2.4 Signature des formulaires de consentement et de confidentialité

En date du 24 février, quatre étudiantes et étudiants, dont trois du cheminement régulier et une du cheminement accéléré, avaient signifié leur intérêt à participer aux étapes subséquentes de recherche. Ils ont été contactés via courriel et un rendez-vous dans le bureau de la chercheuse a été fait pour leur remettre la *Fiche d'information du participant* (Annexe J), répondre à leurs questions, faire signer le *Formulaire de consentement* (Annexe K) et le *Formulaire d'engagement de confidentialité pour la recherche* (Annexe L) et leur expliquer les considérations éthiques. Cette étape s'est échelonnée du 5 mars au 10 mars 2020.

En lien avec la pandémie Covid-19, le déroulement de la recherche fut suspendu pendant plusieurs mois, conséquemment, une des participantes ayant terminé ses études collégiales au printemps 2020, n'a pu poursuivre la recherche à l'automne 2020, car elle ne répondait plus aux critères d'inclusion. Un autre participant a toutefois été recruté au début de l'année scolaire 2020. Les formulaires ont été révisés puis signés par les participantes et les participants entre le 5 et le 15 septembre 2020. Au total, ils étaient quatre, deux étudiantes de sixième session (3^e année), une du cheminement accéléré et l'autre, du cheminement régulier, toutes deux appartenant à une

minorité visible. Les deux autres étaient des étudiants caucasiens de quatrième session (2^e année) et de cinquième session (3^e année) du cheminement régulier.

3. LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Cette section du chapitre décrit les étapes franchies pour la mise en œuvre de la recherche. Afin de mieux comprendre l'impact de la pandémie de Covid-19 sur le déroulement des étapes de la recherche, un tableau décrivant l'échéancier et les étapes méthodologiques prévus avant la pandémie se trouve à l'Annexe G et le tableau 4, à la fin de cette section, expose la planification en temps réel de la chercheuse et le déroulement définitif la recherche.

Tel que mentionné précédemment, le déroulement des étapes de cette recherche s'inspire du modèle de recherche-intervention développé par Paillé (2007). Le tableau de l'échéancier à l'Annexe G reprend ces étapes et permet ainsi de démontrer le réalisme et la faisabilité de la recherche lors de sa première élaboration. En effet, lors de sa première élaboration, l'intervention, outre le questionnaire en ligne, était divisée en quatre étapes permettant le développement de la compétence culturelle au travers des trois niveaux du cadre théorique de Blanchet Garneau (2013) soit une entrevue semi-dirigée en groupe, une simulation clinique en groupe, une simulation clinique individuelle et finalement, une entrevue individuelle. Les simulations se déroulaient à même le Collège de Maisonneuve dans les locaux aménagés à cet effet. Des scénarios distinctifs étaient prévus pour les simulations individuelles et celle réalisée en groupe. L'entrevue individuelle, dernière étape de la recherche, devait à l'origine se faire à la fin des stages afin de vérifier si les participantes et les participants avaient intégré des composantes de la compétence culturelle dans leur pratique infirmière en contexte réel.

3.1 Modifications à la méthodologie : Covid-19

En date du 13 mars 2020, le gouvernement du Québec toutefois a annoncé la fermeture des cégeps en lien avec la pandémie de Covid-19 et ce, jusqu'au dimanche 30 mars. Par la suite, les enseignantes et les enseignants ont rapidement été avisés que les cours en présentiel, les activités prévues au collège et toutes formes de stages dans d'autres institutions étaient annulés jusqu'à la fin de la session. En plus de la création de cours et d'activités à distance pour finaliser la session, le corps enseignant du programme *Soins infirmiers* a particulièrement été touché par l'arrêté ministériel du 10 avril 2020 visant le redéploiement de son effectif dans le réseau de la santé et des services sociaux. La chercheuse a donc mis en pause son projet de recherche de la mi-mars à la fin mai. Devant l'incertitude provoquée par la pandémie et son impact sur le déroulement de la session d'automne 2020 quant au retour en classe et à la réalisation des stages, la chercheuse s'est vue dans l'obligation de revoir certains aspects de sa méthodologie.

En résumé, l'entrevue individuelle, dernière étape de la collecte de données, a été annulée en mai 2020 étant donné l'absence de confirmation des milieux hospitaliers pour l'intégration des stages de soins infirmiers à la session d'automne 2020. Étant donné la gestion complexe des acteurs ou des actrices, une décision commune entre la chercheuse et sa directrice d'essai a été prise pour réduire l'intervention à une seule simulation de groupe. Une demande officielle avait été approuvée par la direction en mai 2020 afin que la simulation en groupe se fasse dans les locaux de simulation du Collège de Maisonneuve et ce, malgré la pandémie. Selon les dernières recommandations gouvernementales, les participantes et participants auraient eu à revêtir l'équipement de protection individuel adéquat. Cette simulation en groupe a malheureusement été

aussi annulée à l'automne 2020 en raison d'une incompatibilité d'horaire des participantes et des participants, ce qui a mené à la deuxième modification de la méthodologie. En effet, cette simulation de groupe a été remplacée par une simulation individuelle réalisée en visioconférence incluant les étapes de breffage, d'action et de débriefage. Pour garder le caractère de socioconstructiviste de l'intervention, la chercheuse a ajouté une étape de débriefage en groupe qui incluait le visionnement des simulations individuelles par l'ensemble des participantes et des participants, suivi d'un débriefage en groupe. Toutes les étapes ont été revues afin d'être réalisées via visioconférence dans l'application Teams de Microsoft qui s'assure que les « conversations virtuelles sont privées et sûres [et que] la confidentialité et la sécurité ne sont jamais reléguées au second plan » (Microsoft, 2020).

Finalement, le recrutement des actrices s'est déroulé sur une longue période. Même si les premières discussions ont eu lieu au printemps 2020, la lecture de la *Lettre d'invitation pour une participation à la simulation* (Annexe Q) et la signature du consentement (Annexe R) se sont réalisées à la suite des dernières modifications à la méthodologie. Le choix des actrices s'est fait en fonction de certains critères, la chercheuse voulant s'assurer que la simulation soit réaliste et que le scénario soit cohérent avec les caractéristiques des actrices. Les deux actrices sont donc des personnes immigrantes et l'une d'entre elles présente des difficultés communicationnelles en français autant qu'en anglais.

Le tableau 4, à la page suivante, présente le déroulement opérationnel et définitif de la recherche suivant les modifications méthodologiques.

Tableau 4. Étapes et échéancier du déroulement de la recherche

Étapes	Échéancier 2020
Dépôt du formulaire de demande de certification éthique au CÉR	20 janvier
Première étape de collecte de données <ul style="list-style-type: none"> Ouverture du questionnaire en ligne et envoi de la <i>Lettre d'information</i> via Omnivox Visite dans les classes 	Février
Recrutement des participantes et participants <ul style="list-style-type: none"> Envoi de la <i>Fiche d'information du participant</i> et du <i>Formulaire de consentement</i> aux étudiantes et étudiants ayant signifié leur intérêt à participer Période de disponibilité pour répondre aux questions Signature des formulaires de consentement et de confidentialité : 4 participantes et participants 	Début mars
Analyse de données du questionnaire en ligne <ul style="list-style-type: none"> Premiers constats des dimensions constitutives des incidents critiques Écriture du scénario de simulation <ul style="list-style-type: none"> Première ébauche 	Mars
Temps d'arrêt en raison de la pandémie Covid-19 De la mi-mars à mai 2020	
Écriture du scénario de simulation <ul style="list-style-type: none"> Finalisation 	Juin
Finalisation de l'analyse de données du questionnaire en ligne	Juillet
Recrutement d'un nouveau participant <ul style="list-style-type: none"> Signature des formulaires de consentement et de confidentialité Entrevue semi-dirigée en ligne via Teams (2 heures) : fin septembre <ul style="list-style-type: none"> Courte présentation concernant la compétence culturelle infirmière. Brainstorming sur le concept de la culture en soins infirmiers, les habiletés infirmières à développer en contexte de diversité et sur les incidents critiques. Facilitation pour la simulation à venir. 	Septembre
Recrutement des actrices pour la simulation <ul style="list-style-type: none"> Première discussion (mars 2020) Explication du rôle Signature des formulaires de consentement et de confidentialité Envoi des documents de simulation pour les participantes et participants (dernière semaine d'octobre) <ul style="list-style-type: none"> Guide de l'apprenante et de l'apprenant et Dossier fictif de la patiente 	Octobre
Simulations individuelles en ligne via Teams <ul style="list-style-type: none"> Étape de breffage, action et débriefage individuel : chaque participante et participant sera amené à interagir avec un actrice-patient ayant un bagage culturel différent à l'intérieur d'une situation clinique. Collecte de données : Prise de notes, observation, facilitation et enregistrements des interactions (1 heure pour chaque étudiant) 	3 et 4 Novembre
Débriefage en groupe en ligne via Teams <ul style="list-style-type: none"> Visualisation de toutes simulations individuelles. Discussion et retour sur les effets de l'intervention (entrevue et simulation) sur développement de la compétence culturelle. Collecte de données : Prise de notes, observation, facilitation et enregistrements (3h) 	12 Novembre
Analyse/évaluation des données de la recherche-intervention Description des changements et des connaissances issus du projet Critique de l'intervention et recommandations	Mi-novembre à décembre

4. LES MÉTHODES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Plusieurs méthodes de collecte de données ont été envisagées pour la recherche. Tel que susmentionné, le questionnaire s'inscrit dans une approche principalement quantitative, mais pour la suite des étapes de la recherche, l'approche qualitative oriente les choix quant aux méthodes et instruments de collecte de données. Mis à part le questionnaire et le journal de bord, toutes les étapes de collectes de données s'insèrent dans une des étapes de la simulation : pré-breffage, breffage, simulation (action) et débriefage. Ces étapes de simulation ont été adaptées à la situation actuelle imposée par la pandémie Covid-19 et elles ont toutes été réalisées à distance.

4.1 Le questionnaire en ligne

Le questionnaire a été élaboré afin de récolter des données quantitatives concernant les dimensions constitutives des incidents critiques ainsi que certaines données sociodémographiques pour établir le diagnostic de la problématique locale (Annexe I) et il a été réalisé avant la pandémie. Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2018), « la description et les analyses statistiques de ces données fournissent de nouvelles informations et permettent de décrire, d'expliquer ou de prédire une situation » (p.155). Le choix de l'utilisation du questionnaire en ligne est aussi lié à sa grande flexibilité, car les étudiantes et les étudiants ne suivent pas le même cheminement scolaire. La majorité du questionnaire est composée de questions fermées et formulées à choix multiples ou dichotomiques. Les avantages des questions fermées sont de l'ordre de la simplicité lors du codage, et leur analyse est facile (Gauthier, 2009). Une question ouverte et optionnelle a toutefois été élaborée à la fin du questionnaire pour permettre aux répondantes et aux répondants de partager avec la chercheuse un incident critique lié à la culture dont ils ont été témoins ou qu'ils ont vécu.

Ce faisant, certaines précisions ou détails ont été colligés de manière à venir enrichir le sens des données recueillies. En outre, le questionnaire a été lu et commenté par d'autres enseignants et par la directrice de l'essai afin de s'assurer de la pertinence des questions et que leur formulation n'oriente pas les réponses (Gauthier, 2009). Finalement, deux prétests ont été réalisés auprès de cégépiennes et de cégépiens n'étant pas inscrits au programme *Soins infirmiers*. Leurs commentaires ont été précieux pour valider l'accessibilité du vocabulaire utilisé, ainsi que pour tester la plateforme exploitée. Comme le mentionnent Fortin et Gagnon (2016), « cette étape est tout à fait indispensable, car elle permet de déceler les défauts du questionnaire » (p. 331). Le questionnaire était accessible du 10 février au 5 mars 2020.

4.2 Élaboration du scénario de simulation et des outils de collecte de données

L'écriture du scénario de la simulation et l'élaboration de la grille d'observation finale (Annexe O) se basent uniquement sur les deux premiers niveaux du cadre théorique et s'inspirent des données issues de la première analyse des résultats du questionnaire en ligne. Le troisième niveau du cadre théorique a délibérément été omis de la grille d'observation étant donné que la recherche n'incluait qu'une seule simulation clinique ce qui permettait moins de temps au développement de la compétence culturelle que dans la planification originale d'avant pandémie. La structure des documents englobant la simulation utilise le gabarit développé par la coordonnatrice du département de soins infirmiers du Collège de Maisonneuve, Stéphanie Bérubé. Le gabarit est divisé en plusieurs parties qui permettent, dans un premier temps, de fournir au corps enseignant les éléments de contexte du scénario, des informations sur les compétences à évaluer, la grille d'observation, le scénario ainsi que les éléments de breffage et de débriefage à aborder

avec les participantes et les participants et, dans un deuxième temps, de préparer les étudiantes et les étudiants à la simulation avec le guide de l'apprenant et le dossier fictif du patient ou de la patiente. La création du scénario de simulation s'est déroulée en deux temps, une première ébauche a été faite à la mi-mars puis sa finalisation s'est réalisée en juin 2020.

4.3 Entrevue semi-dirigée en groupe

Dans cette recherche, le deuxième moment de collecte de données s'est déroulé le 24 septembre 2020 par le biais d'une entrevue semi-dirigée en groupe. Le but de cette entrevue était d'explorer les différentes compréhensions du concept de culture par les participantes et les participants, de les aider à prendre conscience de leur identité culturelle, de discuter des résultats du questionnaire quant aux formes d'incidents critiques liés à la culture, et d'en identifier leurs sources potentielles. Les questions (Annexe M) ont été posées de manière à ouvrir la discussion et laisser libre cours au partage favorisant la coconstruction des connaissances. Ce faisant, les données colligées mènent à une compréhension plus large et plus approfondie du sujet de recherche (Gauthier, 2009). La chercheuse n'est intervenue qu'au besoin, pour permettre à toutes les participantes et tous les participants d'émettre leurs opinions.

4.3.1 La facilitation (pré-breffage)

De manière générale, la facilitation est une méthode d'accompagnement en simulation clinique qui aide les participantes et les participants à atteindre les objectifs en tenant compte de leurs besoins et de leur niveau d'expérience (Franklin et al., 2013). L'entrevue semi-dirigée a aussi permis une forme de pré-breffage à la simulation en introduisant la compétence culturelle et les

notions associées. Une période de temps a été allouée à la fin de l'entrevue pour permettre une explication sur le déroulement des prochaines étapes, sur les attentes de la simulation et pour fournir des règles de base pour maintenir un environnement psychologiquement sain et non compétitif (Franklin et al., 2013). Cette facilitation s'avère essentielle pour permettre aux participantes et aux participants de poser leurs questions, de clarifier leur rôle et de faciliter leur *réflexion avant l'action* (Franklin et al., 2013; Greenwood 1993 cité dans Page-Cuttrara et Turk, 2017).

4.4 Observation et facilitation en simulation clinique

Le troisième moment de collecte de données s'est déroulé le 3 et le 4 novembre 2020, il englobe les étapes de simulation individuelle (breffage, action, débreffage). Le dernier moment de la collecte s'est réalisée une semaine après, soit le 12 novembre 2020, durant le débreffage en groupe. Dans les deux cas, l'observation et la facilitation ont été choisies comme méthodes de collecte de données. La facilitation utilisée par la chercheuse comme « processus global de médiation, [a permis] d'assurer le bon déroulement de la séance dans ses trois étapes [et] de susciter l'apprentissage » (Policard, 2018, p. 4). Selon les étapes de la simulation, le type d'observation utilisé a varié, passant de l'observation non structurée participante en breffage et en débreffage, à l'observation structurée non participante lors de simulation (action) (Fortin et Gagnon, 2016). Le but consistait à favoriser l'expression et à relever les réactions ou les émotions des participantes et des participants, leurs interactions et l'influence du contexte sur leur expérience de manière à recueillir des données pertinentes permettant de mesurer l'impact de la pratique réflexive sur le développement de la compétence culturelle (Fortin et Gagnon, 2016).

4.4.1 *L'observation participante et la facilitation en breffage*

L'observation participante et la facilitation en breffage individuel ont servi à favoriser l'expression des émotions avant l'action, de revenir sur les attentes de la simulation et de permettre les questions des participantes et des participants (Annexe O, p. 201). Tout dépendant de leurs besoins, cette étape de collecte relativement courte a duré entre cinq à quinze minutes. À cette étape-ci, l'observation est non structurée et participante, car elle est caractérisée par une période d'interactions entre la chercheuse et chacun des participants et participantes (Fortin et Gagnon, 2016).

4.4.2 *L'observation structurée durant la simulation (action)*

Durant cette étape, l'observation était structurée, car le scénario de simulation permettait un certain contrôle de l'environnement (Fortin et Gagnon, 2016) et que la chercheuse était munie d'une grille d'observation adaptée et tirée du cadre théorique de Blanchet Garneau (2013). Cette grille lui a servi de guide pour évaluer la progression de chaque étudiante et de chaque étudiant au travers des deux premiers niveaux du cadre théorique (Annexe O, p. 195). Ce contrôle est cohérent avec la méthode de facilitation en simulation clinique, car il favorise l'atteinte de certains objectifs généraux issus du cadre théorique et l'identification des moments de *réflexion en action* (Schön cité dans Zai, 2001). Contrairement aux autres étapes de la simulation, l'observation était non participante, en effet, la chercheuse a adopté un rôle passif lui permettant de colliger une grande quantité de données qualitatives et de saisir les questionnements émergents à clarifier lors des débriefages (Fortin et Gagnon, 2016). Les simulations ont toutes été enregistrées sous forme de vidéos pour permettre leur visionnement à posteriori que ce soit pour favoriser la coconstruction

des connaissances lors du débriefage avec les participantes et les participants ou encore pour approfondir leur analyse.

4.4.3 *L'observation participante et la facilitation en débriefage individuel*

Cette étape de la recherche s'est réalisée dans les instants qui ont suivi la période de simulation (action), la facilitation en débriefage est une méthode pédagogique qui favorise le partage de l'expérience personnelle vécue lors de la simulation (Franklin et al., 2013 et INACSL Standards Committee, 2016). Par des questions visant à faire reconnaître les bons coups et les points à améliorer et à projeter chacun des participants et des participantes dans une expérience future (Annexe O, p. 202), ces derniers sont entrés dans un processus réflexif visant la *réflexion sur l'action* (Schön cité dans Page-Cuttrara et Turk, 2017). C'est d'ailleurs au travers de cette période d'observation et de facilitation que la chercheuse a pu analyser en grande partie du développement de la compétence culturelle chez les participantes et participants.

4.4.4 *L'observation participante et la facilitation en débriefage de groupe*

Cette étape de la recherche, réalisée une semaine après la simulation (action), visait à faire un retour sur l'ensemble des simulations et à approfondir la pratique réflexive pour le développement de la compétence culturelle. Il était important pour la chercheuse que la date du débriefage en groupe soit rapprochée de celles des simulations (actions) afin de ne pas perdre le processus réflexif engendré par l'expérience vécue.

Par le visionnement consécutif de chacune des simulations, les participantes et les participants ont eu l'occasion de comparer chacune des performances à la leur. Par des questions

ouvertes, la chercheuse visait alors à colliger des données exposant la mise en œuvre de leur *réflexion sur l'action réflexion sur l'action* (Schön cité dans Page-Cuttrara et Turk, 2017) et de leur *réflexion au-delà de l'action* (Dreifuerst, 2009), comme moyen d'entrer en processus autonome de développement de la compétence culturelle. Ce processus désigne ici la capacité de porter un regard critique sur sa performance et sur les dispositions que l'étudiante ou l'étudiant entrevoit pour modifier sa pratique et s'engager efficacement avec l'autre (Mezirow, 1997). Cette étape a aussi servi à valider les connaissances acquises durant tout le projet et à explorer comment l'intervention est venue influencer la pratique infirmière en contexte de diversité des participantes et des participants (Annexe O, p. 202).

4.5 Le journal de bord de la chercheuse

Finalement, la rédaction d'un journal de bord par la chercheuse a permis de faire état de chaque rencontre collective ou individuelle et relater les étapes charnières au cœur de la recherche, noter les réactions des participantes et participants, et expliquer certains choix ou certaines positions. Les conclusions de cet essai et les questionnements émergents reflètent en partie les réflexions notées dans cet outil. Un tel journal permet « de conserver des traces, [des] actions d'éducation et de recherche afin d'apprendre de celles-ci et d'appuyer la valeur des connaissances qui en sont issues. » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018, p. 256).

5. LES CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ

Par son engagement immersif sur le terrain et une démarche impliquant une séquence d'interventions structurée, la chercheuse a pu démontrer la cohérence des résultats en lien avec le

déroulement de la recherche. Ce faisant, elle s'est assuré que le critère scientifique de fiabilité soit respecté (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018). Les techniques de triangulation temporelle de la chercheuse et des méthodes ont été utilisées pour assurer le critère de crédibilité scientifique de cette recherche. En effet, en colligeant les données sur une longue période et avec plusieurs méthodes de collecte, la chercheuse a pu analyser les résultats sous différentes perspectives en démontrant que « le sens attribué au phénomène est plausible et corroboré par diverses instances » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018, p. 208). La validation du scénario en simulation faite par une enseignante experte et la directrice de cet essai est venue confirmer la qualité de l'intervention et les différents contextes de réalisation des interventions en entrevue ou en simulation sont détaillés afin que les conclusions issues de l'analyse de données soient transférables à d'autres contextes similaires dans la formation infirmière (Fortin et Gagnon, 2016 ; Karsenti et Savoie-Zajc, 2018). Finalement, une vérification faite auprès des participantes et des participants a permis de s'assurer que les propos ont bien été compris ou codés par la chercheuse, et que les conclusions font écho à leurs perceptions. Cette étape était gage du critère de confirmabilité de la recherche (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018).

6. LES MODALITÉS D'ANALYSE DES DONNÉES

Les réponses issues du questionnaire en ligne ont permis de faire une analyse statistique descriptive des données brutes de la recherche. Présentée principalement sous forme de diagramme à bandes rectangulaires, la fréquence des variables dans les questions à choix multiples est facilement observable (Fortin et Gagnon, 2016). Ce faisant, les caractéristiques les plus courantes de l'échantillon sont illustrées de manière à en tirer certaines tendances et à élaborer certaines

hypothèses. De plus, des tableaux présentant la fréquence relative d'incidents critiques en lien avec certaines caractéristiques populationnelles ont été créés afin de contextualiser les résultats et de permettre une meilleure compréhension de la problématique. Les réponses à la question ouverte ont été codées et catégorisées en lien avec la dimension constitutive des sources d'incident critique.

L'analyse thématique des données qualitatives de la recherche est celle retenue par la chercheuse, car elle permet de répondre à une question précise en organisant les données par thèmes et en leur attribuant un sens particulier (Fortin et Gagnon, 2016 ; Karsenti et Savoie-Zajc, 2018). Le troisième objectif de cette recherche visait à décrire et à analyser l'effet de la pratique réflexive étudiante en simulation clinique sur le développement de la compétence culturelle. Les différentes étapes de simulation ont été enregistrées puis retranscrites sous forme de verbatim. Les données issues des verbatim, de l'observation en simulation et du journal de bord ont d'abord été divisées en unités analytiques reliées aux composantes de la pratique réflexive (émotions, actions et réflexion) dans les différentes étapes de la simulation ou à d'autres unités analytiques émergentes (Fortin et Gagnon, 2016 ; Krief et Zardet, 2013). L'opération de codage a réellement débuté quand des thèmes reliés aux similitudes sémantiques ont été identifiés à l'intérieur de chaque unité analytique. Des codes ont été attribués aux thèmes récurrents afin de classer et catégoriser les données (Fortin et Gagnon, 2016). Finalement, l'analyse des données a permis d'expliquer l'effet de l'intervention sur les participantes et les participants pour mener à une meilleure compréhension du développement de la compétence culturelle ainsi qu'à corroborer le cadre théorique choisi (Krief et Zardet, 2013).

7. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Collège de Maisonneuve (2016) identifie trois précautions à prendre lors d'une recherche, soit 1) le respect des personnes qui réfère à l'autonomie des personnes et au consentement libre et éclairé, 2) la préoccupation pour le bien-être qui englobe les mesures de confidentialité, ainsi que les risques et bénéfices potentiels à une participation à la recherche, et 3) la justice qui se rapporte à l'équité de tous. Afin de respecter cette politique, plusieurs moyens ont été mis en œuvre. Des formulaires d'informations, de consentement et d'engagement à la confidentialité ont été créés. À plusieurs reprises, une note particulière est venue préciser que les personnes sollicitées sont entièrement libres de participer, qu'il n'existe aucun préjudice associé au refus de participer, et qu'elles peuvent se retirer en tout temps.

Afin de minimiser les risques et maximiser les bénéfices, certains critères d'exclusions quant au recrutement des participantes et des participants ont été respectés. En effet, les participantes et les participants n'ont pas fait partie des étudiantes et des étudiants que la chercheuse a eus en stage, en classe théorique ou en laboratoire durant l'année 2020 afin d'éviter toutes formes de pressions indues par le processus de recherche. Les personnes majeures considérées comme inaptées ainsi que les étudiantes et les étudiants mineurs ont aussi été exclus de la recherche.

La période de débriefage en groupe a permis le visionnement de toutes les simulations et le partage de l'expérience vécue afin d'enrichir sa pratique. En contrepartie, les participantes et participants étaient alors témoins des bons et des moins bons coups de chacune et chacun en

simulation. Malgré le fait qu'ils aient lu et signé le formulaire de consentement lié aux activités incluant la simulation, le fait d'être stigmatisé par rapport à sa performance en simulation représentait un risque lié à l'aspect psychologique et social. Pour pallier ce risque, la chercheuse a mis l'accent sur la collaboration entre les participantes et les participants et des liens vers des ressources psychologiques à l'interne et à l'externe leur ont été transmis.

Pour préserver l'anonymat, les noms des participantes et des participants ont été modifiés lors de la transcription des données. Par contre, leur anonymat ne pouvant être préservé au sein du groupe lors de la simulation, ils en ont été informés par le formulaire de confidentialité auquel ils ont consenti et signé. De plus, le serveur d'hébergement du sondage en ligne, Limesurvey, garantit la confidentialité des données. En outre, la chercheuse considère que les données générales qui sont évoquées dans son essai et qui décrivent l'échantillon étudiant du Collège de Maisonneuve du programme *Soins infirmiers* ne sont pas suffisantes pour identifier un ou une participante. Finalement, les actrices en simulation sont présentées sous un pseudonyme. Les données recueillies sont sécurisées sur l'ordinateur de la chercheuse dans un dossier encrypté et protégé par un mot de passe. Le contenu des enregistrements a été transféré le plus tôt possible dans le dossier et les enregistrements ont systématiquement été effacés du logiciel. Une fois la rédaction de cet essai terminée, toutes les données numériques seront effacées du disque dur de la chercheuse avec le logiciel Eraser et tous les documents papier, tels que les feuilles de consentements, les données sensibles inscrites dans le journal de bord et les notes écrites dans les grilles d'observation utilisées en simulation, seront déchiquetés. Les données anonymisées (Excel du questionnaire en ligne, verbatim de l'entrevue semi-dirigée et celui du débriefage en groupe) seront toutefois conservées pendant une période maximale de cinq ans et seront détruites par la suite.

La cohérence entre les méthodes de collectes de données et la question de recherche a été validée par la directrice de la recherche. Au préalable de la demande éthique, une autorisation de la Direction des études avait été obtenue le 14 janvier 2020 (Annexe E). Le projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR), il incluait deux guides, un pour l'entrevue semi-dirigée en groupe et un l'autre, incluant une grille d'observation et des idées pour les débriefages en simulation (Annexe N). Ce dernier avait été élaboré de manière à respecter les trois niveaux de complexité du cadre théorique de Blanchet Garneau (2013) illustré et à servir de cadre pour recueillir des données lors des deux simulations prévues. Le CÉR avait toutefois été avisé lors de la demande d'approbation que certains des outils pouvaient potentiellement être modifiables et en cas de changement majeur au projet, la chercheuse aurait l'obligation d'en informer le CÉR afin qu'il procède à une seconde évaluation du projet (Gouvernement du Canada, 2014). En raison de la pandémie, une révision de l'échéancier a été réalisée et des modifications, texte barré ou surligné en gris, dans *La fiche du participant*, dans le *Formulaire de consentement du participant* (Annexe P) et dans la *Lettre d'invitation aux actrices et acteurs* (Annexe Q) ont aussi été faites. Les changements effectués ont été approuvés par le CÉR une première fois le 29 mai 2020, puis une seconde fois le 13 octobre 2020.

QUATRIÈME CHAPITRE. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Rappelons que le questionnaire en ligne avait été envoyé à l'ensemble des étudiants et étudiantes de quatrième, de cinquième et de sixième session au cheminement régulier et accéléré du programme *Soins infirmiers* du collège de Maisonneuve. Les personnes ayant rempli le questionnaire pouvaient alors signifier à la chercheuse leur intention de participer aux étapes suivantes. La première partie de ce chapitre présente d'abord les résultats quantitatifs et qualitatifs du questionnaire en ligne. Les données quantitatives brutes sont d'abord illustrées puis elles sont ensuite contextualisées selon différents critères. Les données recueillies par la question ouverte ont été codées sous les différents thèmes émergents en lien avec les sources des incidents critiques. La deuxième partie présente l'interprétation des résultats obtenus.

1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Soixante-douze étudiantes et étudiants ont répondu au questionnaire, dont une quinzaine ne l'a pas complété jusqu'à la fin. La chercheuse a volontairement retiré onze questionnaires incomplets où les réponses s'arrêtaient uniquement à la première partie du questionnaire, les données sociodémographiques, sans jamais aborder les quatre parties traitant des incidents critiques. Ce choix se base sur l'objectif du sondage de dresser le portrait de la problématique locale en relevant les dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture vécus par les étudiantes et les étudiants du programme *Soins infirmiers*. Ainsi les données sociodémographiques sont utilisées de manière à contextualiser les incidents critiques et à approfondir leur compréhension. Au final, soixante et un questionnaires ont donc été analysés sur une population

de cent quarante-trois étudiantes et étudiants répondant aux critères d'inclusion. Cet échantillon représente 42,7 % de la population cible et accessible.

1.1 Les données sociodémographiques de l'échantillon

Au moment de la collecte de donnée, dix répondantes et répondants (16,39 %) poursuivaient leur technique au cheminement accéléré contre cinquante et un (83,61 %), au cheminement accéléré. Les personnes ayant répondu au questionnaire étaient majoritairement des femmes à 77,05 %, pour 22,95 % d'hommes, aucune et aucun n'a affirmé être non genré. À proportion égale, 36,7 % de l'échantillon étaient en quatrième session et 36,7 % en sixième session. Les répondantes et les répondants de cinquième session représentaient 27,87 % de l'échantillon. Le tableau 5 présente les tranches d'âges de l'échantillon.

Tableau 5. Âge des répondantes et répondants

À quelle tranche d'âge appartenez-vous?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
18 à 20 ans (A1)	23	37.70%
21 à 25 ans (A2)	19	31.15%
26 à 30 ans (A3)	6	9.84%
31 à 35 ans (A4)	4	6.56%
36 ans et plus (A5)	9	14.75%
Sans réponse	0	0.00%
Non complété ou Non affiché	0	0.00%
Total(brut)	61	100.00%

Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

Aucune répondante et aucun répondant du cheminement accéléré n'avait, au moment du questionnaire, vingt ans et moins. La moitié d'entre eux avaient trente-six ans et plus (5 personnes), deux personnes entraient dans la catégorie « 31 à 35 ans », deux autres dans celle des « 26 à 30 ans » et finalement, une seule personne avait entre vingt et un ans et vingt-cinq ans.

À la question « êtes-vous nés au Québec », vingt-six personnes (42,62 %) ont répondu « oui » et uniquement celles du cheminement régulier. Dix personnes du cheminement régulier et deux personnes du cheminement accéléré (19,67 %) ont répondu aussi par l'affirmative, mais en spécifiant qu'au moins un de leurs parents était né ailleurs qu'au Québec et vingt-trois personnes (37,7 %), dont huit des dix répondantes et répondants du cheminement accéléré, ont répondu « non ».

Par ailleurs, vingt-sept personnes (44,26 %) ont affirmé appartenir à une minorité visible. Sur ces personnes, quinze ont répondu appartenir à la communauté noire en spécifiant en majorité être Haïtienne ou Haïtien, une personne a mentionné être originaire d'un pays africain et une autre, du Congo. Deux personnes ont affirmé être arabes et deux autres appartenir à la communauté kabyle. Une personne a mentionné être Iranienne et Chilienne, une autre asiatique, une autre d'Amérique latine et un Iroquois. Finalement, une personne a répondu *puisque je suis née au Québec je me considère québécoise* (Répondante 45). Le tableau 6, à la page suivante, présente la répartition des répondantes et des répondants appartenant à une minorité visible selon leur lieu de naissance et selon le cheminement de leur formation.

Tableau 6. Répartition des répondantes et répondants appartenant à une minorité visible

Lieu de naissance Cheminement	Cheminement régulier	Cheminement accéléré
Québec	4	0
Québec, mais au moins un des parents est né ailleurs	4	2
Ailleurs qu'au Québec	12	5
Total	20	7

Source. Ellis, M., 2020

1.2 Les incidents critiques : données quantitatives

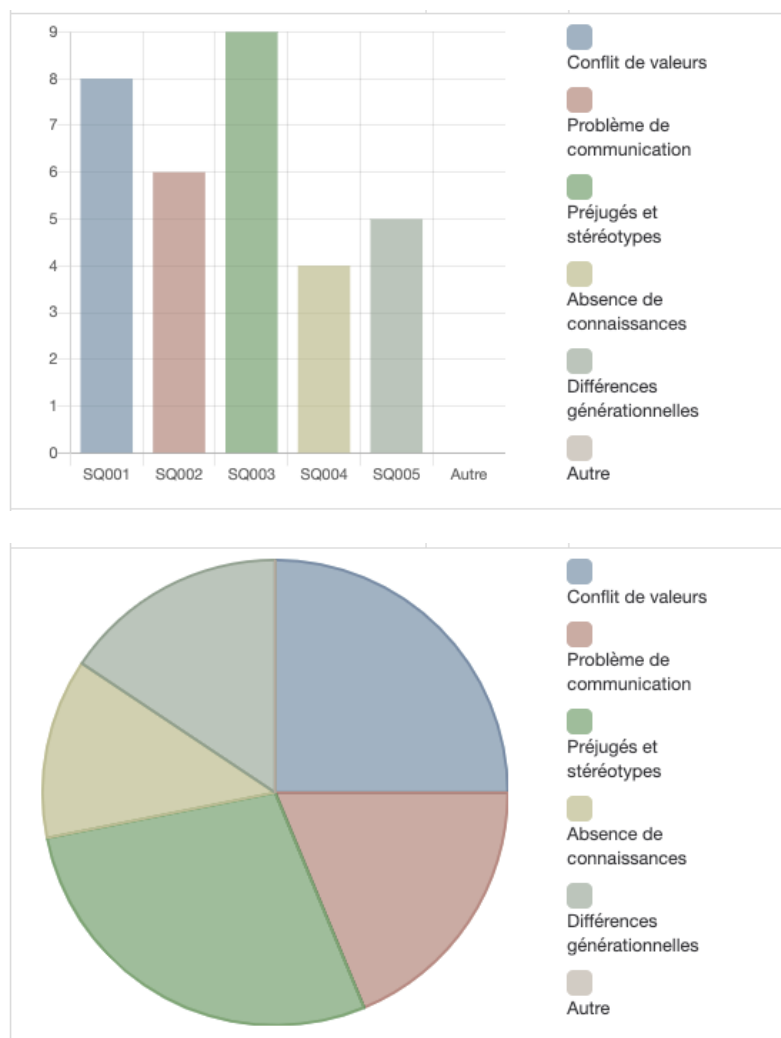
Les questions traitant des incidents critiques ont été élaborées de manière à exposer les possibles sources de ces incidents, les personnes impliquées et les personnes-ressources à qui les participantes et les participants se sont confiés lors d'un incident et ce, au travers de trois contextes différents : 1) être personnellement impliqué dans un incident critique au collège, 2) être personnellement impliqué dans un incident critique en stage et 3) avoir été témoin d'un incident critique au collège ou en stage.

1.2.1 Les incidents critiques vécus au collège

Ainsi, à la question : « avez-vous déjà été directement impliqué dans un ou des incidents critiques culturels dans le cadre de votre formation infirmière au collège ? », 72,13 % (quarante-quatre personnes) ont répondu « non » et 27,87 % (dix-sept personnes) ont répondu « oui ». Toutes les réponses suggérées quant aux raisons ont été relevées par les répondantes et les répondants,

toutefois, les préjugés et les stéréotypes ainsi que les conflits de valeurs ont été davantage identifiés comme les sources d'incidents. La répartition des trente-deux réponses est présentée dans le tableau 7 sous forme de graphique en histogramme et le graphique en camembert, pour présenter la proportion de chacune des options.

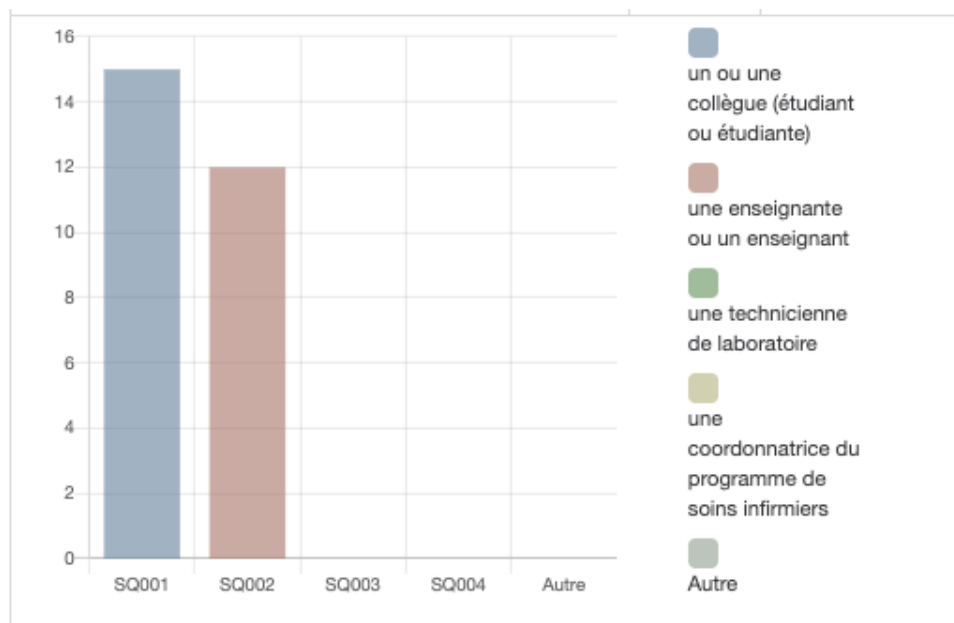
Tableau 7. Raisons des incidents critiques vécus au collège



Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

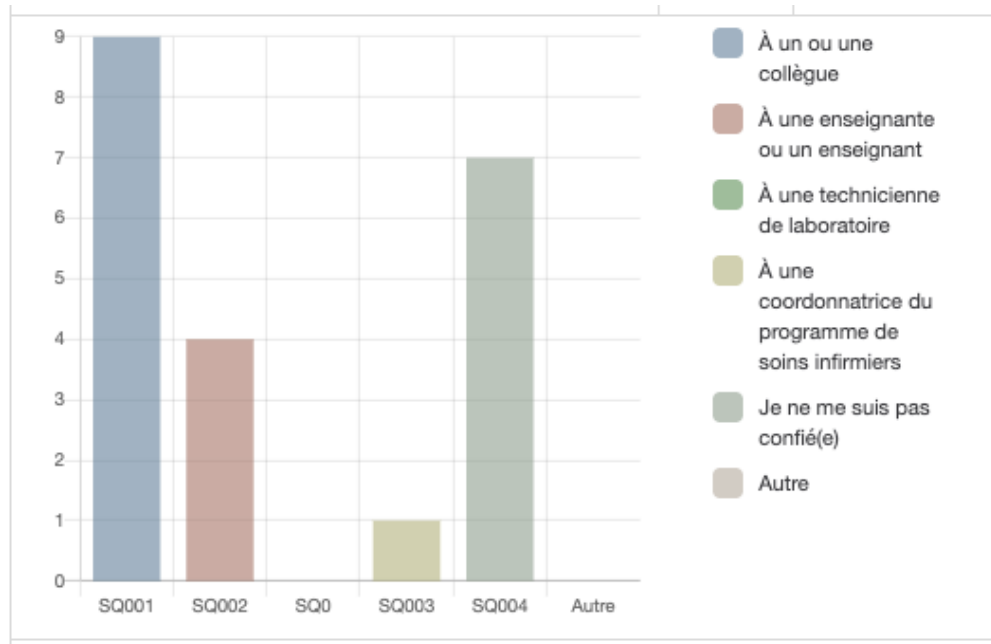
Les personnes ciblées comme étant impliquées dans les incidents critiques liés à la culture au collège étaient les étudiantes et les étudiants (55,6 %) ainsi que les enseignantes et enseignants (44,4 %). De plus, les répondantes et les répondants ont signifié s'être confiés principalement à une ou un de leur collègue ; dans une moindre mesure, aux enseignantes et aux enseignants, et uniquement une personne a signifié qu'elle s'était confiée à une des coordinatrices du programme. Finalement, plusieurs personnes ont répondu ne pas s'être confiées. Les tableaux 8 et 9 présentent ces résultats.

Tableau 8. Personnes impliquées dans les incidents critiques vécus au collège



Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

Tableau 9. Personnes ressources lors des incidents critiques vécus au collège

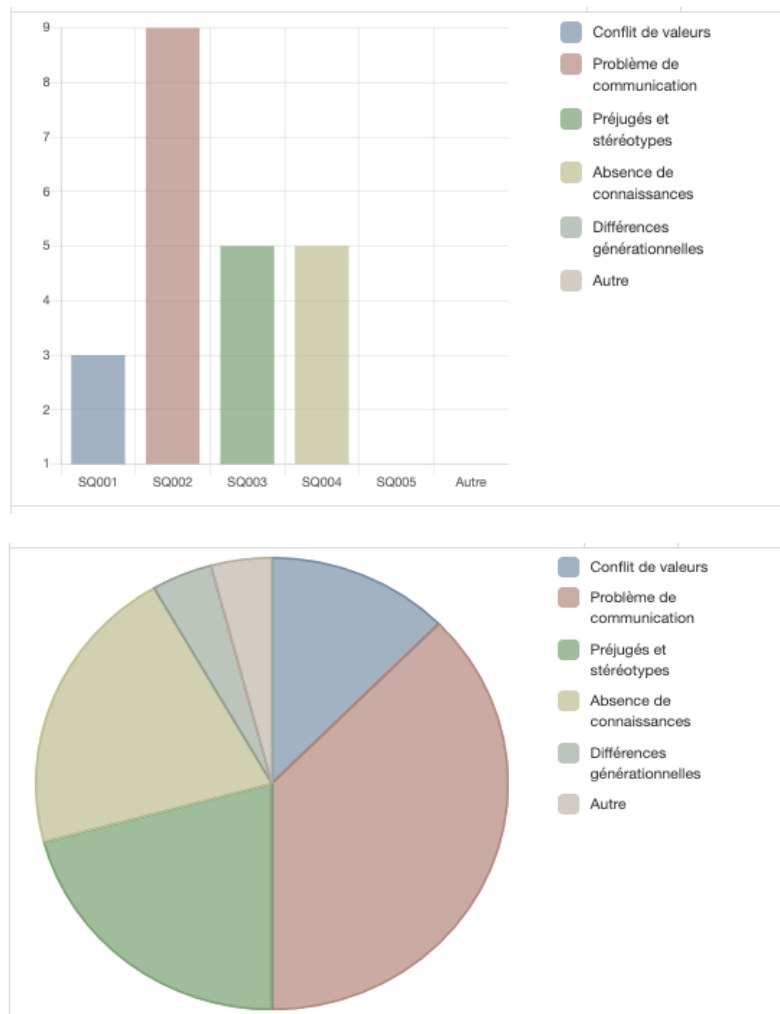


Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

1.2.2 Les incidents critiques vécus en stage

La grande majorité des répondantes et des répondants affirme ne pas avoir vécu d'incidents critiques liés à la culture en stage (quarante-huit personnes, 78,69 %), 2 personnes (3,28 %) n'ont pas répondu à la question et finalement, onze personnes (18,03 %) ont répondu « oui ». Contrairement aux incidents vécus au collège, les problèmes de communication ont été identifiés comme représentant la plus grande source de difficulté. Afin de pouvoir mieux comparer les résultats, la présentation des données du tableau 10, à la page suivante, reprend les mêmes formes graphiques que pour les incidents critiques vécus au collège.

Tableau 10. Raisons des incidents critiques vécus en stage



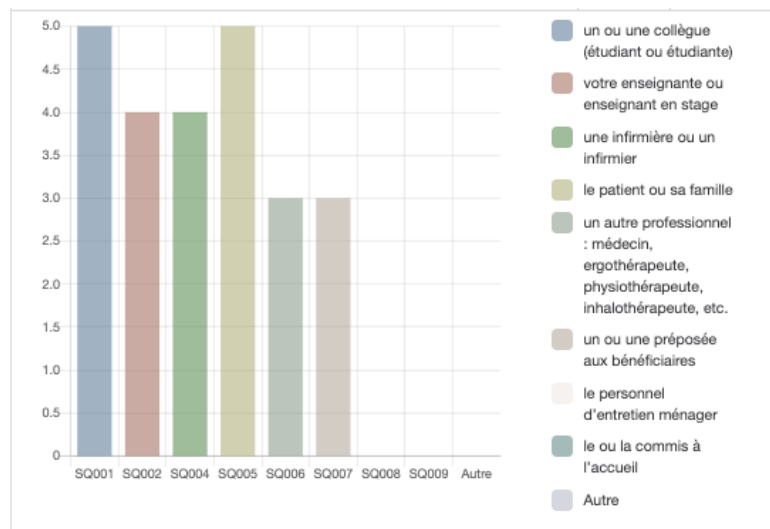
Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

À l'exception du commis à l'accueil et du personnel d'entretien ménager, toutes les suggestions quant aux personnes pouvant être potentiellement impliquées dans l'incident ont été relevées par les répondantes et les répondants dans des proportions relativement semblables. Comme pour les incidents critiques vécus au collège, les personnes-ressources en stage demeurent

en grande majorité les collègues (58,3 %) puis les enseignantes ou les enseignants de stage (25 %).

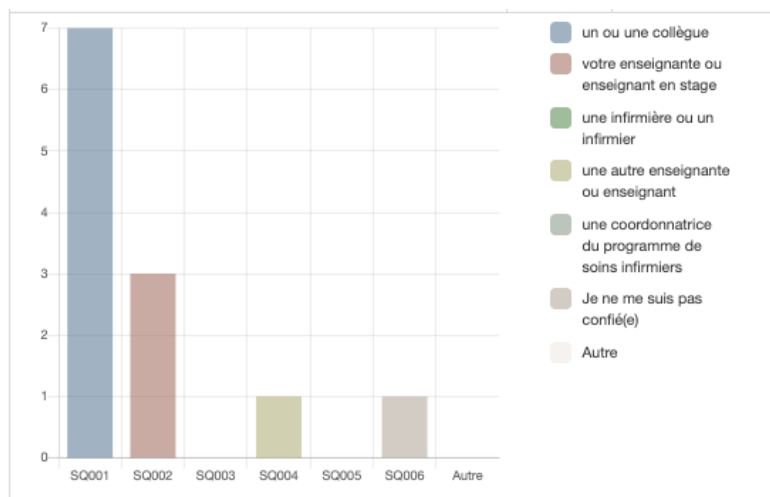
Les tableaux 11 et 12 exposent ces différents résultats.

Tableau 11. Personnes impliquées dans les incidents critiques vécus en stage



Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

Tableau 12. Personnes ressources lors des incidents critiques vécus en stage

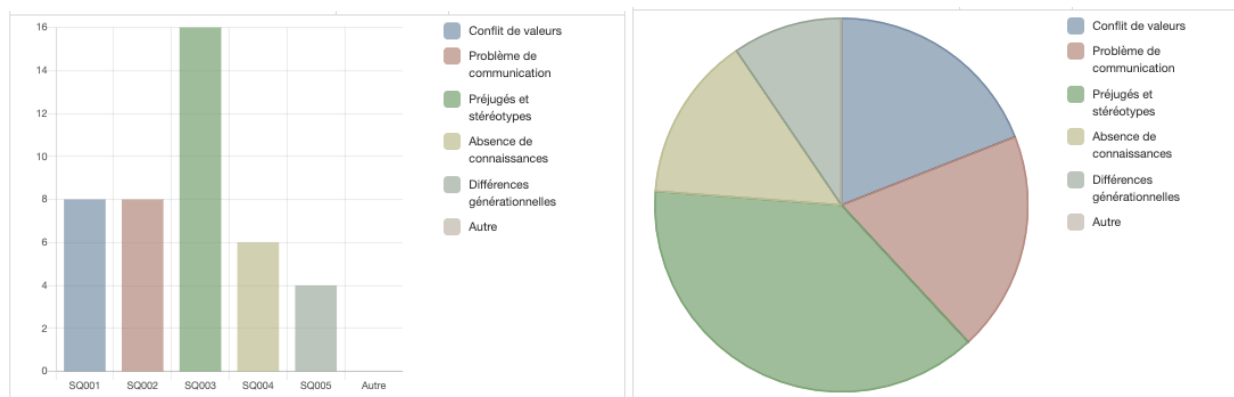


Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

1.2.3 Être témoin d'incidents critiques

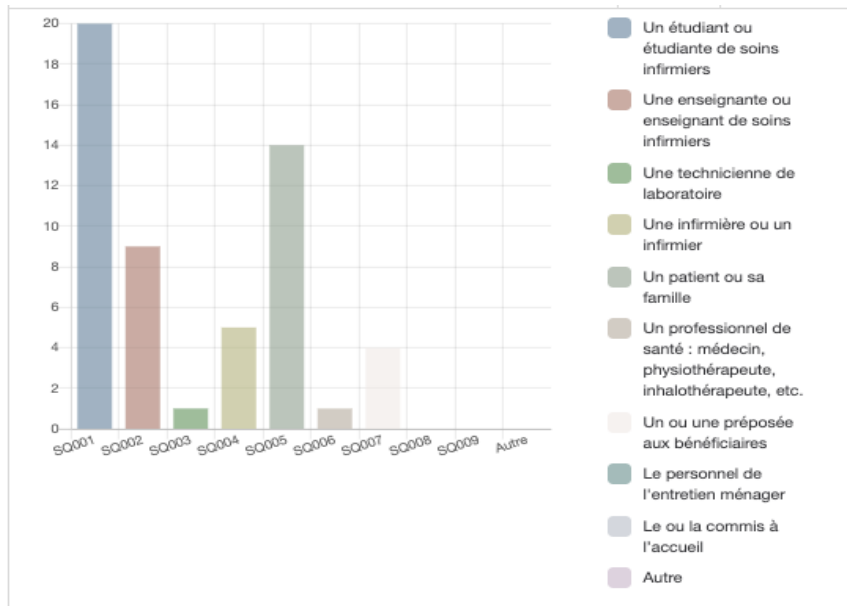
Cinquante-sept répondantes et répondants ont complété la question : « avez-vous déjà été témoin d'incidents critiques liés à la culture dans le cadre de votre formation infirmière au collège ou en stage ? ». De ces cinquante-sept personnes, 42,11 % ont répondu « oui » et 57,89 %, « non ». Le tableau 13 présente les résultats de la question à choix multiples concernant les différentes sources d'incidents. Les répondantes et les répondants ont choisi les préjugés et les stéréotypes comme la raison la plus fréquente des incidents critiques culturels dont ils ont été témoins en stage ou au collège. Les conflits de valeurs et les problèmes de communication arrivent ex-aequo. L'absence de connaissance ainsi que les différences générationnelles ont aussi été relevées, mais dans de moindres proportions. Finalement, le tableau 14, à la page suivante, présente les différentes personnes impliquées, la majorité sont les étudiantes et les étudiants suivis par le ou la patiente et sa famille.

Tableau 13. Raisons des incidents critiques vécus en stage



Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

Tableau 14. Personnes impliquées dans les incidents critiques



Source. Ellis, M., LimeSurvey, 2020

1.3 Contextualisation des résultats

Le tableau 15, à la page suivante, présente la fréquence des incidents critiques selon les trois différents contextes (vécus au collège, vécus en stage, témoin au collège ou en stage) en relation avec trois grandes catégories d'étudiantes et d'étudiants participant à la recherche. Ces catégories prennent en considération si l'étudiante ou l'étudiant appartient ou non à une minorité visible et se fondent sur leur lieu de naissance ainsi que sur celui de leurs parents. Selon ces chiffres, il est à noter que la population étudiante appartenant à une minorité visible et née hors Québec est celle dont la fréquence relative est la plus élevée par rapport au nombre de réponses des participantes et participants de chaque catégorie (41,2 %) quant aux incidents critiques vécus au collège. Pour les incidents critiques vécus en stage, les écarts de fréquence relative sont

moindres en comparaison avec ceux vécus au collège. Ceci dit, la fréquence relative la plus élevée (21,7 %) touche les étudiantes et étudiants n'appartenant pas une minorité visible, nés au Québec tout comme leurs parents. Toutefois, le cumul de la fréquence relative des sous-catégories des personnes appartenant aux minorités visibles est supérieur (28,8 %). Finalement, les répondantes et les répondants appartenant à une minorité visible sont ceux dont la fréquence relative est la plus élevée quand il s'agit d'être témoin d'un incident critique relié à la culture. Effectivement, cette fréquence est de 50 % pour ceux et celles qui sont nés au Québec et de 57,1 % pour ceux et celles nés ailleurs.

Tableau 15. Fréquence des incidents critiques reliée au contexte et aux catégories d'étudiants

Catégories		Fréquence des incidents critiques		
		Collège	Stage	Témoin
Minorité visible	Né au Québec	2 (20 %)	1 (10 %)	5 (50 %)
		<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 10
	Ailleurs	7 (41,2 %)	3 (18,8 %)	8 (57,1 %)
		<i>n</i> = 17	<i>n</i> = 16	<i>n</i> = 14
Pas une minorité visible Québec : participants et parents		4 (17,4 %)	5 (21,7 %)	6 (26,1 %)
		<i>n</i> = 23	<i>n</i> = 23	<i>n</i> = 23
Pas une minorité visible Hors Québec : participants ou parents		4 (36,4 %)	2 (20 %)	4 (44,4 %)
		<i>n</i> = 11	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 9
Total de réponses		61	59	57

Source. Ellis, M., 2020

Le tableau 16 présente, quant à lui, la fréquence des incidents critiques selon les deux types de cheminements de la formation infirmière, régulier et accéléré, car il s'agit là de populations étudiantes ayant des caractéristiques sociodémographiques très différentes. La fréquence relative des incidents vécus au collège est plus légèrement plus élevée au cheminement accéléré qu'au cheminement régulier et beaucoup plus élevée lorsqu'il s'agit d'être témoin d'incidents. La fréquence relative des incidents critiques vécus en stage est par contre plus élevée au cheminement régulier.

Tableau 16. Fréquence des incidents critiques reliée au cheminement des étudiants

Cheminement	Fréquence des incidents critiques		
	Collège	Stage	Témoin
Régulier	14 (27,4 %)	10 (20,4 %)	18 (37,5 %)
	$n = 51$	$n = 49$	$n = 48$
Accéléré	3 (33,3 %)	1 (10 %)	6 (66,7 %)
	$n = 10$	$n = 10$	$n = 9$
Total de réponses	61	59	57

Source. Ellis, M., 2020

Le tableau 17, à la page suivante, permet de mettre en relief la fréquence des incidents critiques selon les sessions. De manière générale, il y a peu de différences dans les résultats quand il s'agit de la fréquence des incidents vécus au collège selon les sessions. Pour les incidents vécus en stage, la fréquence relative est légèrement supérieure en sixième session. Finalement, les participantes et participants de quatrième session et de sixième session sont ceux qui ont davantage été témoins d'incidents critiques, le pourcentage (50 %) le plus élevé se retrouvant à la quatrième session.

Tableau 17. Fréquence des incidents critiques reliée à la session

Session	Fréquence des incidents critiques		
	Collège	Stage	Témoin
Quatrième	6 (27,3 %)	3 (13,6 %)	11 (50 %)
	<i>n</i> = 22	<i>n</i> = 21	<i>n</i> = 20
Cinquième	5 (29,4 %)	3 (17,6 %)	4 (23,5 %)
	<i>n</i> = 17	<i>n</i> = 16	<i>n</i> = 15
Sixième	6 (27,3 %)	5 (22,7 %)	9 (40,9 %)
	<i>n</i> = 22	<i>n</i> = 22	<i>n</i> = 22
Total des réponses	61	59	57

Source. Ellis, M., 2020

En dernier lieu, le tableau 18 présente la fréquence des incidents selon les tranches d'âges des participantes et des participants. Pour la catégorie des dix-huit à vingt ans, les écarts entre les résultats selon les contextes sont moindres que pour les étudiantes et les étudiants plus âgés. La tendance de leurs résultats diffère aussi, en ce sens que la fréquence relative des incidents critiques vécus en stage est supérieure à celle des incidents vécus au collège. De plus, l'ensemble de leurs résultats demeure généralement moins élevé que chez les autres tranches d'âges, à l'exception des incidents critiques vécus en stage et pour six participantes et participants entre vingt-six et trente ans ayant affirmé ne pas avoir vécu d'incidents critiques en stage ou au collège. Pour les trois autres catégories de tranches d'âges, les résultats varient entre 42,1 % et 50 % pour les incidents critiques vécus au collège. En stage, les écarts de résultats sont similaires avec des pourcentages se situant entre 16,7 % et 25 %. Finalement, les résultats reliés au fait d'être témoin d'incidents

sont plus élevés dans chacune des catégories d'âges, à l'exception des trente et un à trente-cinq ans avec une grande variabilité des résultats qui passent de 26,1 % à 66,7 %.

Tableau 18. Fréquence des incidents critiques reliée aux tranches d'âges

Tranche d'âge	Fréquence des incidents critiques		
	Collège	Stage	Témoin
18 à 20 ans	3 (13 %)	5 (21,7 %)	6 (26,1 %)
	<i>n</i> = 23	<i>n</i> = 23	<i>n</i> = 23
21 à 25 ans	8 (42,1 %)	3 (16,7 %)	9 (50 %)
	<i>n</i> = 19	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 18
26 à 30 ans	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (66,7 %)
	<i>n</i> = 6	<i>n</i> = 6	<i>n</i> = 6
31 à 35 ans	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (33,3 %)
	<i>n</i> = 4	<i>n</i> = 4	<i>n</i> = 3
36 ans et plus	4 (44,4 %)	2 (20 %)	4 (57,1 %)
	<i>n</i> = 9	<i>n</i> = 8	<i>n</i> = 7
Total	61	59	57

Source. Ellis, M., 2020

1.4 Les incidents critiques : données qualitatives

À la fin du sondage, les étudiantes et les étudiants étaient invités à partager et à décrire l'incident critique lié à la culture le plus marquant depuis le début de leur formation infirmière. Dix-huit réponses ont permis de mettre en lumière les différentes personnes concernées ainsi que quatre grands thèmes récurrents, soit le racisme, les préjugés ou les stéréotypes, les difficultés

communicationnelles et l'impact des différences culturelles quant aux valeurs, aux us et coutumes sur la profession infirmière ou tout simplement dans la communauté étudiante. Deux réponses n'ont pas été analysées, une répondante ayant signifié qu'elle n'avait *rien à dire* (Répondante 51) et l'autre, exprimant qu'elle n'avait ni vécu ni été témoin d'incident de ce genre dans sa formation infirmière, mais seulement dans le cadre de son travail (Répondante 20).

1.4.1 *Le racisme*

Dans un premier temps, sept réponses traitent du racisme, ce qui en fait le thème le plus récurrent. Effectivement, trois réponses décrivent des patients ayant des comportements racistes envers des professionnelles et des professionnels de la santé. L'extrait suivant relate un exemple marquant :

Un patient X a refusé les soins d'une infirmière A à cause de sa nationalité (couleur). Il a employé des termes très dégradant [sic] à son égard. L'infirmière n'a pratiquement pas réagit en disant qu'elle était habituée. Ça m'a beaucoup attristé. (Répondante 58)

Trois réponses relatent quant à elles des comportements racistes de la part d'étudiantes et d'étudiants envers des patients ou des collègues qui prennent la forme de discrimination ou de propos désobligeants. Ces comportements ont été remarqués en stage, au collège et à l'intérieur d'activités préparatoires au stage, créant aussi des conflits entre les étudiantes et les étudiants. Deux extraits sont présentés ici, le troisième sera présenté plus loin, car il traite de racisme et de préjugés.

Professeur de stage Z a demandé à élève A d'aller installer une sonde vésicale pour patient X et Y. Arrivée au chevet de patient X, Élève A se rendant compte que patient X est noir, n'a pas voulu lui installer la sonde vésicale et a préféré installer la sonde de Y (un Québécois). Finalement après s'être rendue compte que nous l'observions, elle m'a demandé, gênée, d'installer la sonde de A. (Répondant 13)

En première session, lors de la clinique où il est possible d'inviter des membres de notre famille dans le but de réaliser un examen physique, un étudiant X a effectué une collecte de données auprès d'une patiente Y dont la langue maternelle différait du français. Cette situation a causé des problèmes de communication entre l'étudiant X et la patiente Y. L'étudiant X a, par la suite, eu des propos désobligeant [sic] à propos de la patiente Y, ce qui a créé des conflits auprès de l'étudiant X et de l'étudiante Y qui se trouve à être la fille de la patiente Y. (Répondant 10)

Finalement, un répondant décrit les comportements racistes d'un enseignant de soins infirmiers envers la population étudiante issue de l'immigration. Cet extrait est révélateur quant à l'impact du racisme sur la réussite de la formation chez les personnes immigrantes.

Enseignant X méprise les personnes venant de l'immigration et tente par des intimidations et une arrogance [sic] de les déséquilibrer [sic] ce qui a contraint pas mal de personnes à abandonner alors qu'ils avaient toutes les capacités nécessaires pour aller au bout de la formation. (Répondant 32)

1.4.2 Les préjugés ou stéréotypes

Six réponses ont été catégorisées sous le thème des préjugés ou des stéréotypes. Deux répondantes ont souligné les faux-pas d'enseignantes et d'enseignants de soins infirmiers quand il s'agit de jumeler des stagiaires avec des patients ou patientes en stage. Ces faux-pas se basent sur des stéréotypes qui mêlent l'ethnicité, la nationalité et la langue des individus. L'extrait qui suit présente un exemple concret de ce type de stéréotype : *l'étudiante était vietnamienne et le professeur a jumelé l'étudiante avec un patient chinois qui ne parle pas français, pensant qu'ils allaient se comprendre, mais ils ne parlaient même pas la même langue* (Répondante 40). Une réponse relate d'un préjugé concernant le statut parental et leur rôle quant à la transmission de la langue paternelle : *élève A était choqué du fait que je ne parlais pas ma langue (Farcie), ne comprenait pas que je n'avais pas de père qui en plus m'ai [sic] pas appris la langue* (Répondante 8). L'exemple qui suit présente un commentaire empreint de préjugé qui associe une minorité visible (femme noire) à une fréquence élevée de jeune mère monoparentale : *jeune mère monoparentale de couleur noire se faire dire un commentaire sur la fréquence que sa situation arrive* (Répondante 15). De plus, une répondante expose une situation qu'elle décrit comme étant un préjugé et concernant la perception d'un professionnel de la santé envers la pertinence des propos de personnes qui semblent issues de l'immigration : *un pt [patient] et sa femme ont été victimes de préjugés par un résident en leur disant qu'ils ne savaient pas ce qu'ils disaient, qu'ils étaient des « nowhere »* (Répondante 45). Cette réponse pourrait aussi exposer certaines difficultés communicationnelles ainsi que du racisme, mais les détails de la situation ne sont pas assez précis pour en tirer des conclusions. Finalement, une répondante décrit une situation mêlant racisme et préjugés à l'égard d'une minorité visible : *certaines élèves caucasiennes se permettent de faire des*

blagues racistes, ou d'émettre des préjugés, à des élèves noires en ayant comme excuse qu'elles sont amies avec des personnes noires (Répondante 39).

1.4.3 Les difficultés communicationnelles

Trois incidents ont été regroupés dans la catégorie de difficultés communicationnelles. Le premier manque de précision selon la chercheuse, il s'agit là d'une situation qui expose les frustrations ressenties par les patientes et les patients ainsi que par ceux qui les soignent lorsque les deux parties ne parlent pas la même langue : *une patiente qui insultait une collègue dans sa langue maternelle. En fin de journée, ma collègue n'en pouvait plus et c'était à ce moment que le professeur avait intervenu [sic]* (Répondant 74). Le deuxième exemple est tiré d'un extrait qui a aussi été classé sous le thème du racisme, mais qui relate aussi des défis lorsque la langue maternelle des patients n'est pas le français : *[...] un étudiant X a effectué une collecte de données auprès d'une patiente Y dont la langue maternelle différait du français. Cette situation a causé des problèmes de communication entre l'étudiant X et la patiente Y [...]* (Répondant 10). Finalement, le troisième exemple fait ressortir l'impact d'un manque de compréhension sur le respect d'un traitement. Dans ce cas-ci, il s'agit d'un traitement de photothérapie (Biliblanket) permettant de faire diminuer l'ictère du nouveau-né :

[...] la mère et la grand-mère l'avait toujours dans les bras, sans la biliblanket et le taux de bili [bilirubine] de BB [bébé], ne cessait de monter au lieu de descendre. C'est seulement après que la mère a vu à quel point son NN [nouveau-né] avait pleuré de douleur durant le test de bili sanguin et que j'ai expliqué lentement le pourquoi du respect du Tx [traitement] et en utilisant des gestes, qu'elle a fini par

me comprendre et à partir de ce moment, le Tx a été respecté par la mère et la grand-mère et le taux de bili de BB a baissé (Répondant 69).

1.4.4 L'impact des différences culturelles

Cinq répondantes et répondants ont rapporté des situations qui exposent certains défis culturels. Ces situations démontrent une certaine complexité dans la prise en charge des patientes et des patients quand les valeurs, les us et coutumes diffèrent entre les parties : *la mère d'un patient refusait de nous donner des informations sur la santé de son fils en l'absence de son mari* (Répondante 11). Les extraits suivants exposent davantage des réflexions générales :

[...] il y a souvent des différences au niveau de la discipline et du rythme autant au niveau de la différence de culture que la différence de génération. J'ai vécu plus de situation par rapport à la gestion de la charge de travail en fonction de la génération (ou culture) [...] (Répondant 26)

Malheureusement, certaines cultures obligent et par respect, d'une certaine conduite, toutefois celles-ci interfèrent avec la réalité de notre métier. [...] Volonté de bien faire, mais obligation de respecter les mœurs et coutumes de la patrie. Ils oublient, qu'ils sont au Québec, le genre, prend la fenêtre, lorsqu'il s'agit de soins. Je comprends, qu'il est difficile de mettre de côté ses convictions. (Répondante 4)

Une répondante relate certains différends culturels lorsque les étudiantes et les étudiants sont amenés à réfléchir sur des conflits éthiques : *lors de mise en situation complexes élaborées par mon professeur de stage sur des conflits éthiques tel que des questions sur la perception de*

l'homosexualité dans différentes cultures, questionnement de valeur sur l'aide médicale à mourir etc. (Répondante 30). Finalement, un répondant relate une observation qui expose un défi que l'enseignement inclusif tente de résoudre, les regroupements homogènes de groupes d'étudiantes et d'étudiants dans une classe hétérogène :

Lors de ma première session de soins, l'enseignante avait arrangé les bureaux de façon à ce qu'ils fassent un cercle, et un jour j'ai remarqué qu'il y avait une séparation. D'un côté, les « blancs, supposément québécois » et de l'autre côté, les gens d'une autre culture (asiatiques, haïtiens...) (Répondant 47)

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Le premier objectif de la recherche était de dresser le portrait de la problématique locale en relevant les dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture vécus par les étudiantes et les étudiants du programme *Soins infirmiers*. De manière générale, les résultats ont démontré que les incidents critiques reliés à la culture sont présents dans la formation infirmière au Collège de Maisonneuve et ce, malgré une marge d'erreur de 9,5 %. Celle-ci « est ce qu'on doit ajouter de part et d'autre de chaque résultat. On crée ainsi un intervalle de confiance associé à un niveau de confiance, généralement [établit à] 95 % ($Z=1,96$) » (Guay, 2018, *s.p.*). Dans le cadre de cette recherche, la marge d'erreur est calculée en fonction de l'échantillon (61 personnes), la population cible et accessible (143 personnes), leur proportion (42,7 %) et un niveau de confiance à 95 %. La marge d'erreur et le niveau de confiance permettent une généralisabilité des résultats à la population cible et accessible (Fortin et Gagnon, 2016). Cela voudrait dire qu'en appliquant à nouveau la même procédure d'échantillonnage à la population cible, il y a 95 % de chances que

les données concernant le pourcentage de personnes ayant été témoins d'un incident critique culturel (42,11 %) en soins infirmiers au Collège de Maisonneuve, par exemple, produisent un résultat qui se situerait dans cet intervalle de plus ou moins 9,5 % (32,61 % entre 51,61 %).

Cette étude de terrain a fait émerger des constats empiriques qui, en plus de confirmer certains éléments de la problématique et du contexte de la recherche (Paillé, 2007), ont influencé la chercheuse dans son choix de thèmes à explorer lors de son intervention pédagogique.

Dans un premier temps, la variabilité des répondantes et répondants quant à leur âge, leur genre et leur origine (première ou deuxième génération d'immigrantes ou d'immigrants) confirme l'hétérogénéité de la population étudiante au Collège de Maisonneuve dans le programme *Soins infirmiers* dans les deux cheminements. Ce faisant, la représentativité de l'échantillon permet à la chercheuse d'affirmer que les résultats ont un potentiel de transférabilité pour d'autres populations étudiantes de soins infirmiers au niveau collégial présentant une hétérogénéité semblable à celle présente au Collège de Maisonneuve (Fortin et Gagnon, 2016). Les résultats identifiant les sources des incidents critiques liés à la culture et les personnes impliquées dans ces situations corroborent aussi la réalité décrite dans la problématique où les écarts culturels sont présents dans la profession infirmière ainsi que dans son enseignement, et qu'ils peuvent prendre plusieurs formes et impliquer plusieurs personnes. Effectivement, toutes les options proposées dans le questionnaire quant aux raisons des incidents critiques (conflits de valeurs, problèmes de communication, préjugés ou stéréotypes, absence de connaissance et différence générationnelle) ont été sélectionnées par les participantes et participants. Pour les personnes impliquées dans ces incidents en milieu hospitalier, toutes celles travaillant auprès de la clientèle soignée et ayant un contact direct avec

elle (professionnelles et professionnels de la santé, préposés aux bénéficiaires, stagiaires en soins infirmiers et enseignantes et enseignants qui supervisent les stagiaires) ont été identifiées. Au collège, les personnes impliquées se résument au personnel enseignant ainsi qu'aux étudiantes et étudiants.

Les différents témoignages et les thèmes principaux ressortant des données qualitatives du questionnaire appuient les résultats quantitatifs et la description de la problématique, en plus de préciser la pertinence de la recherche. En effet, les impairs de certaines enseignantes ou enseignants quant au jumelage inadéquat entre la personne soignée et la ou le stagiaire démontrent la présence de stéréotypes. Le témoignage relatant du racisme d'un enseignant à l'égard des étudiantes et des étudiants issus de l'immigration concorde avec les résultats de l'étude exploratoire de Loslier (2015). Ces constats confirment le besoin de former le corps enseignant à la diversité culturelle et à des approches pédagogiques inclusives. De plus, à l'intérieur de la population étudiante, les préjugés et le racisme peuvent être la source de conflits culturels. Cette réalité s'applique aussi au contexte hospitalier auquel s'ajoutent des exemples concrets d'enjeux reliés à la communication. Bien que certains des exemples cités par les répondantes et les répondants aient démontré une conscience ou une réflexion à propos des enjeux culturels dans la profession infirmière, il apparaît essentiel d'approfondir leur connaissance et leur sensibilité à cet égard, ainsi que de développer leurs compétences à intervenir adéquatement. Rappelons que le questionnaire en ligne et la collecte de ces données ont été réalisés avant les mouvements de revendications tels que *Black Lives Matter*, et qu'ils ne sont donc pas teintés de cet élan. Malgré cela, le racisme est le thème le plus important de ces données qualitatives.

En outre, les répondantes et répondants ont souligné que leurs personnes-ressources lors d'incidents critiques vécus au collège ou en stage étaient en grande majorité leurs collègues étudiants. Environ un quart de ceux-ci ont rapporté se confier à leur enseignante ou enseignant. Ce constat pourrait aussi suggérer un rapprochement avec la problématique en ce qui a trait à l'absence de formation interculturelle et inclusive du corps enseignant. Les enseignantes et les enseignants sont-ils moins sollicités dans ce cas de figure parce que leurs sensibilités et leurs habiletés à accueillir les situations culturelles ne sont pas au rendez-vous ? « On ne sait pas toujours comment aborder [les rapports d'altérité difficiles et leurs impacts psychologiques], comment les interpréter et les résoudre » (Loslier, 2015, p.78). Les témoignages nous rappellent aussi qu'ils peuvent parfois être au cœur des conflits.

Dans un deuxième temps, la contextualisation des résultats révèle que les personnes appartenant à des minorités visibles sont celles qui vivent le plus grand nombre d'incidents critiques culturels au sein du Collège de Maisonneuve et en milieu de stage, en plus d'en être le plus souvent témoins. Ces résultats corroborent les dénonciations récentes des peuples autochtones et des mouvements comme *Black Lives Matter* ou d'organisme comme *Debout pour la dignité* sur l'existence et les répercussions du racisme et du racisme systémique en santé et en éducation (Amnistie internationale Canada, 2020 ; Collège des médecins de famille du Canada, 2016 ; Loslier, 2015 et Ouellette-Vézina, 2020). Les témoignages cités dans les données qualitatives issues du questionnaire sont d'ailleurs des exemples concrets et explicites de ce type de répercussions. Inversement, les répondantes et les répondants caucasiens nés au Québec et de parents québécois sont ceux dont les résultats démontrent la plus petite fréquence d'incidents critiques liés à la culture. Ainsi, lorsque nous appartenons à la culture dominante, sommes-nous

moins sensibles aux questions culturelles ? Sommes-nous moins conscients de nos écarts culturels et, ceux des autres sont-ils moins visibles ? Ces questions nous font réfléchir à la présence de l'humilité culturelle et de la sécurité culturelle chez nos futures infirmières et infirmiers, et confirment le besoin de formation et de sensibilisation. Ces résultats reflètent d'ailleurs les réflexions de Racine (2014) quant à la culture dominante et les recommandations issues du *Rapport final* de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (Gouvernement du Québec, 2019).

Nous continuons à inculquer aux nouveaux professionnels que la médecine occidentale est supérieure et le patient un ensemble de symptômes et, au bout du compte, un diagnostic. Bien qu'il soit prouvé que les maladies sont présentées, vécues et traitées à travers le filtre de notre culture, la compétence culturelle continue d'être reléguée aux marges des programmes d'études infirmières. (Debs-Ivall, 2018).

Il a été plus difficile de tirer des conclusions concernant les résultats contextualisés selon l'âge, le cheminement et la session des répondantes et des répondants. La sous-représentation de certaines catégories d'âge et de personnes du cheminement accéléré rendent plus floue leur interprétation. Il serait d'ailleurs nécessaire de poursuivre la recherche afin de colliger davantage de données chez la population étudiante du cheminement accéléré. Pour la fréquence des incidents critiques selon les sessions, les résultats pourraient varier selon les cohortes, car il y a très peu de stabilité en ce qui a trait aux tâches enseignantes et au milieu de stages au Collège de Maisonneuve. En effet, l'expérience vécue en stage et avec une enseignante ou un enseignant à la quatrième

session risque peu de ressembler à celle que pourrait vivre des étudiantes et des étudiants de la cohorte suivante.

De plus, le terme incidents critiques, bien qu'il ait été expliqué par la chercheuse au début du questionnaire, semble moins à propos pour recueillir des données quantitatives chez les étudiantes et les étudiants. En effet, les incidents critiques se réfèrent à la fois à une situation et à leur méthode d'analyse, et peuvent avoir une connotation négative ou traumatique qui vient teinter les résultats (Butterfield, Borgen, Maglio et Amundson, 2005 ; Leclerc, Bourassa et Filteau, 2010 et Lescarbeau, 2000). A posteriori, il aurait été plus juste d'introduire le but du questionnaire en parlant simplement d'écarts culturels ou de situations culturelles difficiles dont la finalité n'est pas nécessairement négative. En effet, ces connotations ont peut-être encapsulé ou dirigé le choix des réponses et la description d'un incident critique culturel dans le questionnaire en ligne. Finalement, il aurait été aussi intéressant d'ajouter une question relatant du nombre d'incidents critiques vécus ou aperçus par chacune et chacun des répondants. Ces données auraient pu apporter une dimension d'intensité aux résultats et permettre d'analyser plus en profondeur la vulnérabilité de certaines populations étudiantes en *Soins infirmiers*.

CINQUIÈME CHAPITRE. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

La première partie de ce dernier chapitre présente les résultats qualitatifs liés à chacune des étapes de la simulation de la recherche. La deuxième partie se penche sur l'analyse et l'interprétation des données qui aideront à mesurer l'impact de la simulation en contexte de diversité culturelle sur le développement de la compétence culturelle. Une validation des données codées a été réalisée auprès des participantes et des participants, la chercheuse voulant s'assurer de la justesse de sa compréhension des propos issus des verbatim et donc de la crédibilité des données de la recherche et de la cohérence de son interprétation.

1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les données qualitatives ont été recueillies à trois moments distincts soit 1) une entrevue semi-dirigée en groupe, 2) une simulation individuelle incluant une période de breffage, d'action et de débrefage et 3) une période de débrefage en groupe. Pour chacune des étapes, les données qualitatives ont été codées et présentées à l'intérieur des unités analytiques reliées aux composantes de la pratique réflexive ; l'émotion, l'action et la réflexion. Par ailleurs, les prénoms des participantes et participants ont été anonymisés et sont présentés par les sigles P1, P2, P3 et P4.

1.1 Données qualitatives issues de l'entrevue semi-dirigée en groupe

L'analyse thématique des données qualitatives de l'entrevue présente des thèmes catégorisés principalement sous l'unité analytique de la réflexion, certains éléments ont toutefois

été associés à celle de l'émotion. Les données ont été colligées lors d'une discussion semi-dirigée en groupe. Les questions de la chercheuse avaient pour but de stimuler le processus réflexif des participantes et des participants pour leur permettre une première *réflexion avant l'action* (Greenwood 1993 cité dans Page-Cuttrara et Turk, 2017) en guise de préparation à la simulation à venir.

1.1.1 Réflexion sur l'identité culturelle

Lorsque questionnés sur leur identité culturelle, les participantes et les participants se sont d'abord présentés en abordant les thèmes de la nationalité, de l'âge, de l'endroit où ils demeurent et de leurs bagages ethnoculturel, religieux et politique hérité de leurs parents.

Je suis de l'Érythrée en Afrique et je suis arrivée ici en 84. Je suis Érythréenne, mais j'ai grandi avec une famille québécoise parce mon père s'est remarié avec une Québécoise au Canada. (P3)

Je suis née en Haïti, mes parents sont Haïtiens, mais je suis venue ici quand j'avais deux ans, j'ai plus été élevée dans la culture québécoise qu'autre chose, mais j'ai quand même mes influences haïtiennes, [...] la mentalité haïtienne, même si ça diffère vraiment du pays là-bas. Sinon, je vis dans la région de Montréal et [...] je peux tourner et parler comme le slang de, on va dire, d'où je viens, Rivière-des-Prairies. (P4)

J'ai 22 ans, j'ai une famille qui vient du Québec. On a vécu principalement de Montréal. J'ai une famille qui est assez athée et quand même assez péquiste [...].

Sinon, c'est pas mal tout vraiment, on vient ici et on est encore ici, donc pas beaucoup de changements. (P1)

J'ai 19 ans et puis, mes deux parents sont québécois. Ma mère vient d'une [...] petite ville avec un côté agricole, mais ses deux parents sont universitaires. [...]. Mon père, il vient du Saguenay-Lac-Saint-Jean, c'est le côté québécois vraiment de région. [...] Pis moi je suis né à Montréal. [...] Puis, par rapport à la religion, ma mère est catholique, croyante, vraiment super croyante et mon père aussi, par défaut, disons. Mais du côté à mon père, au Saguenay, c'est très catholique. (P2)

Les thèmes de l'âge, de la religion et de l'orientation sexuelle ont été davantage approfondis au fil des interactions. Les participantes et les participants ont tous affirmé que l'âge pouvait influencer l'identité culturelle des individus et que le fait d'appartenir aux générations plus jeunes avait un impact positif sur l'ouverture d'esprit des individus : *parce que les mentalités changent [...] plus le temps avance, plus on voit qu'il y a une liberté d'expression, [...] on tend à accepter les choses qu'on ne pouvait pas accepter avant. Il y a plus une libération de l'être (P4)*. Un des participants a mentionné que l'orientation sexuelle pouvait être un facteur identitaire important. La communauté LGBT a été citée en exemple : *y en a qui s'identifient principalement avec ces éléments, ils se définissent par leur orientation sexuelle (P2)*. La baisse de l'importance accordée à la religion catholique dans la société actuelle a aussi été mentionnée comme ayant un impact positif sur l'ouverture à la différence : *la religion a moins d'emprise. Je trouve aussi que l'ouverture d'esprit, les mœurs changent, les gens s'adaptent et acceptent d'être, d'avoir des*

orientations sexuelles différentes aussi (P3). Une précision a toutefois été apportée par une participante quant à la religion et son impact sur l'ouverture d'esprit des individus.

Je suis vraiment chrétienne, chrétienne à 100 %. [...] Y en a aussi qui pensent, qui disent que quand t'es chrétienne, tu n'acceptes pas vraiment beaucoup de choses, [...] comme je n'accepte pas les gays, les transsexuels. Mais moi, [...] j'ai eu un message d'amour [...] la couleur de peau ne va rien changer dans ma perception de toi, ton orientation sexuelle ne va rien changer de toi. [...] parce que tu es un humain et mes parents m'ont élevé comme ça, juste aimer l'humain. (P4)

D'autres thèmes ont aussi été discutés comme pouvant influencer l'identité culturelle et l'ouverture face aux différences culturelles. L'éducation, les arts, la musique ont été cités comme pouvant influencer l'identité culturelle. Finalement, le statut socioéconomique a aussi été nommé comme pouvant influencer notre rapport la culture : *dans quel environnement on est, [...] la richesse, l'accès au luxe ou pas, ça va vraiment modifier notre vision du monde, culturellement aussi* (P2).

1.1.2 Réflexions et émotions sur les préjugés liés à l'identité culturelle

Par le biais d'une histoire racontée par une des participantes, certaines émotions telles que la tristesse et le sentiment d'injustice, ont été exprimées lorsque confrontée à des comportements intimidants et discriminatoires à l'égard de l'identité culturelle des individus.

Dans mon école, il y avait une personne qui était transgenre et on a vu son évolution [...] et ça m'a vraiment senti triste parce qu'il ne méritait pas de [...] subir des

moqueries, des insultes. Pour moi la justice, vraiment, c'est quelque chose qui est très important. (P4)

À la suite de ce partage, le thème de l'âge a encore été soulevé, mais davantage comme pouvant être un frein à l'acceptation des différences culturelles particulièrement durant les phases de développement identitaire : *les jeunes ont besoin d'être conformes, alors quand on est différent c'est sûr que ça choque. [...] Ils ont peur aussi d'être différents (P3).*

L'Islam ou les religions en général ont été soulevés comme étant un sujet sensible et d'actualité au Québec, car certaines coutumes religieuses peuvent parfois être perçues comme un affront au féminisme ou comme un frein à l'ouverture face aux différences culturelles. Un des participants a mentionné qu'il ne s'agissait pas de la religion en tant que telle, mais plutôt de son adéquation avec la période actuelle : *l'évolution dans le temps des cultures, mais la religion elle avance aussi au niveau de la culture. C'est sûr qu'il y en a qui vont se situer encore aujourd'hui dans une vieille mentalité, comme il y en a qui vont l'avoir adaptée à aujourd'hui (P2).* Le contexte historique du Québec d'avant la Révolution tranquille a été nommé comme pouvant expliquer et contextualiser certaines réserves ou préjugés face à la religion : *nous au Québec, [...] on a une historique, ça ne sort pas de nulle part notre inconfort avec la religion (P2).* Une autre participante a renchéri en ajoutant que l'ignorance génère une peur, *la peur de l'inconnu*, pouvant aussi être à la source de préjugés. De plus, la laïcité au sein des familles québécoises a été identifiée comme pouvant participer à l'incompréhension de certains à l'égard des religions.

J'ai l'impression, que d'adhérer à une religion ou une autre, on dirait que ça permet de mieux comprendre les autres, même si ce n'est pas la même religion. [...]

Au Québec, on a quand même une bonne proportion de Québécois, surtout par les Québécois de souche depuis quelques générations qui sont athées. Mes parents par exemple, ils ne croient en rien, donc quand on essaie de parler un peu de religion, ça n'est pas quelque chose qui peut entrer dans leur mentalité. (P1)

1.1.3 Réactions et réflexions à l'égard du diagnostic local issu du questionnaire en ligne

Les résultats du questionnaire en ligne ont été partagés lors de cette entrevue. Les réactions des participantes et des participants étaient partagées quant à la fréquence des incidents critiques vécus au collège ou en stage : *moi, je pensais qu'il y aurait eu moins de chocs culturels. Je ne savais pas qu'il y en aurait eu autant (P4)*. Un autre participant a répondu qu'au moment du questionnaire, il croyait que la fréquence de ce type d'incidents était faible, mais que, suite à son expérience professionnelle dans un centre hospitalier de soins longue durée (CHSLD) durant l'été 2020, il avait pu observer que c'était un phénomène particulièrement courant : *durant toute la pandémie, j'ai travaillé beaucoup, j'étais préposé puis après externe et j'en ai vu à la tonne. Avant ça, j'en avais vu très peu. [...] C'est vraiment incroyable à quel point la culture fait une grosse différence (P1)*. Une autre participante a mentionné ne pas être surprise, car au cheminement accéléré, les classes sont diversifiées et les différences culturelles entre étudiantes et étudiants sont communes : *il y a beaucoup d'immigrants dans ma classe, oui un choc culturel, un conflit, mais c'était plus un échange et des visions qui sont différentes. Alors je ne suis pas étonnée à cause de cela (P3)*. Finalement, le quatrième participant a exprimé que les résultats correspondaient à ce qu'il avait imaginé et que le caractère humaniste de la profession infirmière permettait d'être plus ouvert aux différences culturelles et de les accueillir.

Le pourcentage associé au fait d'avoir été témoin d'incidents critiques liés à la culture dans le cadre de leur formation infirmière au collège ou en stage n'a surpris personne, selon eux la diversité culturelle présente au cégep et en milieu hospitalier rend propice ce type de situations. L'ensemble des participantes et des participants n'a pas non plus été étonné quand il a été mentionné que les personnes appartenant à des minorités visibles étaient celles qui vivaient le plus d'incidents critiques à l'école et celles qui en étaient le plus témoins : *elles sont visibles donc sans même avoir besoin de parler ou de leur adresser la parole, si certains ont un préjugé à l'intérieur, ils voient la personne et elle est déjà impliquée* (P2). La participante d'origine haïtienne a renchéri qu'elle n'était pas surprise des résultats, ayant vécu et été témoin d'incidents critiques, elle était sensible à ce type de situation : *personnellement, j'ai vécu ça. Moi, dans la vie, il y a deux choses qui me tiennent vraiment à cœur [...], les injustices sociales, surtout raciales et les disparités de richesse. Ça, c'est les deux affaires qui me touchent beaucoup* (P4).

Finalement, la fréquence relative des incidents critiques vécus en stage légèrement plus élevée chez les étudiantes et les étudiants caucasiens nés au Québec de parents québécois a davantage été discutée. Les participantes et participants ont tenté d'expliquer ce résultat par la forte pluralité culturelle présente au sein des travailleuses et travailleurs de la santé comparativement à d'autres milieux de travail : *le fait qu'il y a beaucoup de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières et d'auxiliaires aussi qui sont de différentes cultures, donc peut-être que c'est ça* (P3). De plus, un participant a mentionné que la capacité d'adaptation était peut-être plus grande chez les personnes immigrantes.

Une personne qui n'est pas née au Québec, elle arrive ici, elle doit s'adapter un peu à la culture de la place, de la province [...] elle doit s'adapter quand elle arrive dans un autre milieu. Elle a déjà peut-être une capacité d'adaptation de plus, par rapport à une personne qui est née ici et qu'y n'a pas eu à s'adapter forcément à d'autres personnes. (P2)

La participante poursuivant ses études au cheminement accéléré a toutefois précisé que les étudiants masculins issus de l'immigration étaient, selon son expérience, ceux qui vivaient le plus d'incidents critiques en stage.

Les étudiants masculins avaient de la difficulté à traiter des patientes, pour moi, c'est surtout ça que je trouvais le plus percutant [...]. J'étais en périnatalité et c'était vraiment la chose la plus inconcevable pour eux de pouvoir toucher une femme alors que son mari, son enfant est là. [...] Il y a un malaise que je sentais chez certains de mes collègues. (P3)

1.1.4 Réactions et réflexions sur les principaux thèmes

Lors de l'entrevue, un retour sur chacun des différents thèmes ressortant des témoignages issus du sondage a été fait. Le thème du racisme et celui des préjugés et des stéréotypes ont particulièrement été discutés. Le jumelage des stagiaires avec des patientes ou des patients de la même minorité visible, mais de nationalités différentes a été cité en exemple par la chercheuse pour décrire un des préjugés présents chez les enseignantes et les enseignants. La réaction spontanée et exclamative d'une des participantes est venue suggérer qu'il s'agit là d'une situation

relativement courante : *oui, ils font toujours ça !* (P4). Les effets des préjugés positifs et négatifs dans le milieu de la santé ont aussi été discutés. Les deux participants ont mentionné que le fait d'être un homme dans une profession principalement féminine pouvait être considéré aussi comme une minorité visible en milieu de travail. Certains obstacles à la réalisation de soins étaient à surmonter, car les patientes et les patients avaient parfois des préconceptions quant au genre de la profession :

C'est rare qu'il va y avoir un refus parce que c'est une femme qui va faire tes soins, mais quand c'est un homme qui rentre dans une chambre, moi, des fois, je n'ai même pas le temps de me rendre à quelques mètres de distance du patient et il fait comme « non, non, y a pas d'homme qui rentre icitte ». (P1)

Certains stéréotypes quant à l'orientation sexuelle des infirmiers ont été soulevés : *quand on me voit on fait comme, toi t'es un homme aux hommes, parce que je suis dans un milieu de femmes* (P1). En contrepartie, les participants ont mentionné que le fait d'être un homme caucasien amenait une confusion quant à leur titre qui pouvait aussi entraîner un préjugé favorable à leur égard : *juste le fait qu'on soit des hommes blancs, le nombre de fois où on rentre dans une chambre et qu'on aborde le patient pis qu'on se fait dire : êtes-vous le docteur ?* (P2). Ce préjugé favorable a toutefois été nuancé au fil des discussions en expliquant l'enjeu qu'il cachait ; dans la même situation, quiconque ne serait pas un homme blanc pourrait potentiellement faire l'objet d'un préjugé négatif.

Le thème du racisme a été longuement discuté d'abord de manière sociétaire puis en lien avec la profession. Les deux participantes, faisant partie d'une minorité visible, ont souligné la

récurrence des micro-agressions, agressions moins perceptibles et plus subtiles, dirigées à l'égard des personnes noires. La position du gouvernement et de certaines personnes face au mouvement *Black Lives Matter* a été citée en exemple comme ne facilitant pas les discussions et l'essor de potentielles solutions : *le Ministre Legault a mentionné qu'il n'y avait pas de racisme au Québec au point de presse durant le mouvement, si notre gouvernement nie son existence... comment progresser ?* (P3). *Il y a eu comme un phénomène ici au Québec. [...] je suis beaucoup Twitter et y avait des personnes qui disaient : « mais y en n'a pas de racisme ici »* (P4).

Certains impairs d'étudiantes et d'étudiants caucasiens de *Soins infirmiers* à l'égard de leurs collègues haïtiens ont été discutés. Des situations qui sèment le doute à savoir s'il s'agit de curiosité culturelle, d'appropriation culturelle, de préjugés ou de racisme. Quelle est la place de l'un dans la culture de l'autre ? Des questions ont aussi été soulevées par rapport aux patients racistes et des recours qui sont pris dans les centres hospitaliers. Lorsque de telles situations se présentent, la qualité des soins et le bien-être des deux parties peuvent être affectés :

Quand un patient ne veut pas être traité par une black, qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'on est obligé ? [...] On dit toujours qu'on doit être dans l'échange. On veut que le patient participe à son bien-être, mais si moi, je le rends mal à l'aise et si moi, je suis mal à l'aise, je ne me donne pas à 100 %. (P3)

Des exemples d'accommodements raisonnables, comme du jumelage ethnoculturel pour faciliter les échanges, ont été donnés par la chercheuse tout en expliquant leurs limites en matière de ressources infirmières, d'accès à des interprètes, ou de temps. Un des participants a souligné que le rôle infirmier comprenait aussi une part de sensibilisation culturelle au sein de l'équipe,

mais aussi auprès des patientes et des patients : *l'équipe, son ouverture d'esprit, [...], mais on a une part d'enseignement culturel à faire si y a besoin. C'est large le rôle de l'infirmière* (P2).

1.1.5 Réflexions à l'égard de la compétence culturelle infirmière

Un des premiers éléments qui a été relevé en lien avec la compétence culturelle est que le fait d'être exposé à plusieurs cultures permet l'accès à de nouvelles perspectives et facilite le changement et l'ouverture à l'autre :

Le contact avec les cultures, ça nous aide à changer nos manières de penser, à ouvrir son esprit. [...] Je pense que les gens s'adaptent énormément à cause d'un contact qu'ils ont avec une culture ou un élément avec lequel ils ne pensaient initialement être à l'aise, mais qui change, donc les gens s'adaptent quand même aux cultures des autres même si initialement il y a un préjugé négatif. (P2)

Certains savoir-être et savoir-faire issus de l'approche humaniste comme le respect, l'ouverture d'esprit, la communication et la capacité d'adaptation ont été cités par les participantes et les participants. Le fait d'avoir un intérêt envers la culture de l'autre et de chercher à obtenir des connaissances culturelles a été identifié comme offrant des repères pour une intervention plus inclusive auprès des personnes : *il y a aussi de s'intéresser aux différentes cultures et de s'informer un peu, un minimum de connaissances pour pouvoir s'intégrer et avoir un meilleur contact avec la personne* (P3). Il est intéressant de noter que ces repères s'apparentent au désir culturel et au savoir culturel, deux dimensions de la compétence culturelle de Campinha Bacote (2001).

Un des participants a mentionné son inconfort à poser certaines questions standardisées issues des collectes de données concernant certaines coutumes culturelles :

C'est important de savoir [qu'il a une diète alimentaire particulière], mais est-ce qu'il est obligé de me dire que c'est à cause de sa religion au final ? Ça ne change pas grand-chose, même que j'ai l'impression [...] qu'on vient à juger un peu, autant positif que négatif, mais y a tout le temps un jugement qu'on va faire, pis comme on manque de connaissances dans tout ça, ça amène plus de jugement là. (P1)

Il rajoute que les connaissances culturelles doivent permettre de mieux comprendre la perception qu'ont les individus de leur santé et la manière dont elle devrait être considérée par les professionnelles et les professionnels de la santé : *c'est quoi les changements pour vraiment voir, qu'est-ce que la personne veut et traiter la personne comme individu et non comme un stéréotype de religion (P1)*. Finalement, le risque de développer des préjugés lorsque l'enseignement est centré sur l'identification des différences culturelles a aussi été cité :

C'est pertinent de donner les grandes lignes pour avoir une idée face à la présentation générale, mais ça serait encore plus pertinent de donner un cours sur comment est-ce que je peux m'adapter ? Comment je peux aborder un patient sur ses différences culturelles pis faire ressortir les éléments qui vont me permettre d'agir spécifiquement avec ce patient-là et non de tomber dans la généralisation. (P2)

Les participantes et les participants ont renchéri que les cours, que ce soit en sociologie ou en soins infirmiers, présentaient certaines lacunes quant au développement d'une pratique infirmière culturellement inclusive. L'entrevue s'est terminée par une explication de la compétence culturelle par la chercheuse et sur les étapes à venir quant à la simulation.

Finalement, le journal de bord de la chercheuse a permis de noter les réactions et de faire ressortir les points forts des discussions. À tour de rôle, les participantes et les participants ont donné leur point de vue sur l'ensemble des questions posées par la chercheuse. Un des éléments marquants de l'entrevue est la douceur et l'ouverture avec laquelle chacun des propos ont été accueillis. Les divergences d'opinions ont été amenées avec tact et ont fait progresser les discussions. L'humour a aussi été au rendez-vous et a facilité les échanges et la cohésion du groupe. Cette entrevue a duré un peu moins de deux heures.

1.2 Données qualitatives issues de la simulation

Rappelons que la simulation comportait trois objectifs d'apprentissage. Les deux premiers englobaient ce qui est était attendu lors de la simulation, soit de 1) Prodiguier un enseignement culturellement adapté durant toute la période de l'entretien virtuel et 2) Adopter un savoir-être (attitude) culturellement inclusif durant toute la période de l'entretien virtuel. Le dernier était applicable durant le débriefage. Le *Guide de l'apprenant(e)* et le *Guide d'information du (de la) participant(e)* (Annexe O, p. 203-204) ont été envoyés une semaine avant la simulation afin que les participantes et les participants puissent prendre connaissance du scénario, des objectifs, et des références utiles et autres documents du dossier de la patiente pour leur permettre une période de préparation avant leur entretien.

1.2.1 Émotions lors du breffage

Les participantes et les participants ont été rencontrés quelques minutes avant la simulation afin de faire un retour sur leur préparation et de répondre à leurs questions. De manière générale, leur niveau de stress était lié à la préparation faite au préalable et à leurs expériences antérieures en contexte de simulation. En effet, le premier participant (P1) démontrait une certaine nervosité, car malgré le fait qu'il avait bien organisé son enseignement, il n'avait pas pu lire les documents de référence suggérés par manque de temps. Le deuxième (P2), confiant et calme, se disant prêt pour la simulation, s'était créé un schéma pour guider son entretien. La troisième participante (P3) avait, elle aussi, lu les documents de références, mais démontrait davantage d'appréhension pour l'exercice même de simulation que par rapport aux objectifs d'apprentissage, car il s'agissait là d'une première expérience pour elle. La dernière participante (P4) avait peu de questions, se disait prête et semblait déterminée. Par leurs sourires et parfois leurs rires nerveux, tous et toutes ont démontré un enthousiasme et une certaine excitation à participer.

1.2.2 Actions lors de la simulation

Durant la simulation, la chercheuse était munie d'une grille d'observation comprenant les éléments de compétences ciblés selon le niveau de complexité de la compétence culturelle tirés du cadre conceptuel et des comportements attendus ont été élaborés en lien avec le scénario. Certains comportements tels que se présenter, être poli ou remercier la patiente et son interprète à la fin de l'entretien ne sont pas inclus dans la grille, car ils sont considérés comme des comportements de base que les étudiantes et les étudiants doivent maîtriser dès la fin de la première session du programme *Soins infirmiers*. Ceci n'a d'ailleurs causé aucun souci dans les quatre simulations. La

majorité des comportements attendus a été démontrée par au moins un ou une des participantes. La seule exception est qu'aucune participante et aucun participant n'a opté pour l'alternative d'utiliser l'anglais comme moyen pour communiquer lorsque la patiente ne parlait pas le français. Le tableau 19, à la page suivante, illustre l'atteinte des éléments par les participantes et les participants.

Dans le premier niveau de la compétence, l'ensemble des participantes et des participants a démontré de l'écoute et pris en considération ce que la patiente ou l'interprète disait. Ils ont aussi tenu compte du degré de compréhension du français de la patiente en utilisant les services de l'interprète pour communiquer leur enseignement. Toutefois, malgré l'engagement du participant P1 et la rigueur des informations qu'il a transmises, la communication ne s'est déroulée qu'entre lui et l'interprète durant tout l'entretien. Ce faisant, il n'a pas démontré certains comportements inclusifs souhaités ni confirmé que l'enseignement reçu était compris par la patiente.

Une approche de soin prudente et non risquée a été réalisée par P1 et P2. Effectivement, ils ont tous deux posé moins de questions sur la culture de la patiente que les deux autres participantes. Ceci dit, P2 est celui qui a démontré le plus d'aisance dans les enjeux reliés à l'interprétariat en suggérant à l'interprète dès le départ de traduire après avoir donné quelques informations et en prenant des pauses fréquemment pour laisser l'opportunité à l'interprète et la patiente de communiquer. L'enseignement qu'il a prodigué était le plus clair et le plus pédagogique. Il faisait preuve de délicatesse dans tous ses échanges et démontrait le souci constant d'inclure la patiente.

Tableau 19. Atteinte des éléments de compétences et des comportements attendus

<i>Compétence culturelle infirmière</i>		
<i>Niveau 1 : S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle</i>		
<i>Éléments</i>	<i>Comportements attendus</i>	<i>Observation P = participant.e</i>
Construire sa relation avec l'autre	Est à l'écoute, prend en considération le point de vue du patient.	P1, P2, P3, P4
	Tient compte des différences telles que la culture, la langue maternelle, le degré de compréhension du français.	P1, P2, P3, P4
	Tente de s'adresser au patient dans une autre langue si le patient ne parle pas français (ex. : utilise l'anglais)	
	S'adresse au patient et à l'interprète.	P2, P3, P4
Sortir du cadre habituel de pratique	Démontre une incertitude dans ses interventions par manque de connaissances de la culture de l'autre.	P1
Réinvente sa pratique dans l'action	Approche de soin prudente et non risquée.	P1, P2
<i>Niveau 2 : Mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle</i>		
Construire sa relation avec l'autre	Démontre une curiosité par rapport à la culture et à la réalité de l'autre en posant des questions.	P3, P4
	Utilise des mots de la langue d'origine du patient.	P3
	Utilise plusieurs outils/techniques de communication.	P4
	Adapte sa communication (phrases courtes, prend son temps, valide).	P2+, P3, P4
Sortir du cadre habituel de pratique	Adapte sa méthode d'enseignement en cours de route.	P2, P3
	Répond aux besoins spécifiques du patient.	P2, P3, P4
	Pousse l'évaluation hors du cadre habituel pour faire ressortir des besoins non exprimés.	P2, P3, P4
	Vérifie avec l'interprète s'il a remarqué quelque chose de pertinent.	P2, P3, P4
	Crée ou discute d'outils adaptés aux besoins de la personne.	P3, P4
Réinvente sa pratique dans l'action	Propose des solutions innovantes.	P4

Source. Ellis, M. 2020

En ce qui a trait au niveau deux de la compétence, P3 et P4 ont posé des questions sur la langue maternelle de la patiente, l'une d'entre elles a même utilisé le mot « comprendre » (*compreende*) en portugais. P4 a demandé à la patiente de mimer sa technique de glycémie plutôt que de lui demander les étapes qui auraient été interprétées par la suite, utilisant ainsi plusieurs techniques de communication. Trois des quatre participantes et participants, soit P2, P3 et P4, ont permis à l'interprète de traduire au fur et à mesure. Ce faisant, ils ont eu l'occasion de valider la compréhension de la patiente. Une attention particulière à la longueur des phrases à interpréter a été remarquée chez P3 et P2, permettant ainsi à l'interprète de ne pas avoir à résumer ni à retenir une trop grande quantité d'informations. Il a été aussi observé que P2 prenait son temps durant les explications et regardait les réactions de la patiente et celles de l'interprète. P3 est la seule qui a validé au préalable la compréhension de l'interprète avant que celle-ci traduise ses propos. Ce faisant, elle s'est assurée que l'information transmise était cohérente et donc, adéquate. Des questions sur le milieu de vie et les habitudes en lien avec le diabète ont été posées afin de relever les enjeux potentiels liés aux changements apportés par l'enseignement. Les participantes ont discuté de la possibilité de transmettre une liste claire des points importants reliés à l'enseignement. P4 est allée plus loin dans son offre de support en suggérant la création d'un document dans un format abrégé où les éléments essentiels de l'enseignement se retrouveraient en français et en portugais.

La chercheuse a noté dans son journal de bord que l'ensemble des participantes et des participants était accueillant et ils ont démontré un engagement envers la tâche à effectuer. Plusieurs situations cocasses sont survenues durant les simulations, ce qui a parfois provoqué des fous rires chez les participantes et les participants, ainsi que chez les actrices. Une fois le fou rire

passé, ils ont tous réintégré leur rôle sans difficulté, l'ambiance était d'ailleurs plus légère, et les échanges plus souples par la suite.

1.2.3 Émotions et réflexions en débriefage individuel

Après la simulation, un retour sur l'expérience s'est réalisé individuellement entre la chercheuse et chacun des participants et des participantes afin de permettre l'expression des émotions et une réflexion sur les forces et les difficultés rencontrées dans leur performance, la *réflexion sur l'action* (Schön, 1987 cité dans Zai, 2001).

La nervosité a été nommée par le participant P1 et la participante P3. Cette dernière, à la différence de son collègue, ne s'est pas dissipée pendant la simulation. Les sources de ce stress ont été identifiées comme étant reliées au manque de préparation par P1 qui souligne qu'il aurait aimé avoir davantage d'informations sur la patiente, nommant là une des difficultés générales reliées à la simulation. Pour P3, il s'agissait davantage d'une impression de perte de contrôle. P4, quant à elle, se sentait bien dès le début de la simulation. Chacun et chacune ont souligné le réalisme du jeu des actrices et le fait que cela a entraîné un élément de surprise : *je ne m'attendais pas à ce que ce soit des gens si bien ciblés, c'est vraiment comme si c'était vrai !* (P2).

Les différentes questions posées par la chercheuse ont permis aux participantes et aux participants d'identifier des forces et des défis lors de leur intervention. P1 dit avoir été un peu destabilisé par le contexte de la simulation en visioconférence qui limite le contact physique. Il mentionne ne pas avoir pris assez de temps pour établir un lien de confiance avec la patiente et avec l'interprète : *j'ai donné toute l'information d'un coup, ça ne permet pas vraiment l'ouverture*

(P1). Il souligne qu'il aurait pu essayer de parler anglais et aborder davantage le sujet de l'alimentation puisqu'elle affecte la glycémie : *la culture, ça joue sur les habitudes alimentaires des individus* (P1). En ce qui a trait à l'interprétariat, il relève que la prise en charge des informations par la famille, car dans ce scénario l'interprète était aussi la fille de la patiente, ne permettait pas de respecter le principe de consentement et qu'il aurait été préférable que l'interprète traduise les informations au fur et à mesure. Il indique aussi que la simulation par visioconférence et la limite de temps ne lui avaient pas permis d'utiliser des gestes, comme il l'aurait fait à l'hôpital, ni de créer une liste de mots traduits ou encore, tout simplement, de démontrer que son regard était dirigé vraiment vers la patiente plutôt que sur l'écran d'ordinateur. Il mentionne qu'il était toutefois satisfait des informations données, et qu'il s'était assuré au préalable que celles-ci soient justes.

P2, quant à lui, dit avoir beaucoup apprécié la simulation. Suite au sentiment de surprise créé par le réalisme de la situation, il mentionne s'être réajusté dans son organisation : *il a fallu que je me recentre, car je m'en allais plus sur une ligne d'enseignement de diabète, des termes précis [...], il fallait que je revienne aux bases : comment elle se sent et d'abord savoir ses ressources* (P2). Il revient sur l'importance d'intégrer des notions de bases de soins infirmiers dans l'approche et l'enseignement comme de ne pas juger, de vulgariser les termes, de considérer le rythme et les connaissances du patient, mais qu'il aurait pu prendre le temps d'explorer davantage la culture de la patiente, son pays d'origine et sa langue. Il mentionne que les limites imposées par la visioconférence ne lui ont pas permis d'utiliser le toucher thérapeutique : *la main sur l'épaule* (P2), qui peut faciliter la relation d'aide. Pour lui, une relation de confiance se développe réellement avec le temps, mais il s'est dit tout de même satisfait de sa performance et de sa préparation qu'il décrit assez large, mais en ciblant les points importants à aborder. Il relate

l'importance d'intégrer les membres de la famille pour le confort de la patiente, ainsi que celle de valider le support qu'ils apportent et, dans ce cas-ci, en tant qu'interprètes de la famille, leur compréhension de l'enseignement avant de traduire les informations à la patiente.

Au début du débriefage, P3 avait l'impression de ne pas avoir bien performé : *je passais du coq à l'âne, je n'étais pas vraiment structurée. J'avais même écrit les étapes et je ne les ai pas suivies* (P3). Elle relate avoir voulu donner trop d'informations trop vite, mais souligne sa capacité à s'adapter tout en gardant le sourire. Elle précise qu'habituellement la communication est une de ses forces, parce qu'elle est en mesure de démontrer de l'empathie et de la chaleur humaine et de rester naturelle. Elle insiste toutefois que dans cette simulation, la problématique communicationnelle ne relevait pas uniquement de l'autre, car elle a manqué de clarté et s'est trompée dans les informations transmises. Elle aurait aimé pouvoir accompagner son enseignement par un support visuel, mais a hésité bien que cela aurait facilité la compréhension. Elle nomme quelques enjeux possibles en termes d'interprétariat, notamment qu'un membre de la famille peut se trouver en situation de conflit d'intérêts et manquer d'impartialité. Les commentaires apportés par la chercheuse quant à sa démonstration de quelques habiletés culturelles durant la simulation l'ont amenée à considérer ses bons coups. Elle souligne que lorsqu'on saisit les occasions d'en apprendre davantage sur l'autre en étant *curieux de sa culture, on prouve notre intérêt à la personne* (P3).

Finalement, P4 s'est dite satisfaite de sa performance. Elle relate une responsabilité communicationnelle partagée entre elle et la patiente : *j'ai de la difficulté à finir mes phrases et je prends pour acquis qu'on va me comprendre, je sais que c'est une problématique que je dois*

travailler en général (P4). Elle ajoute que cette problématique a encore plus d'impact lorsque les personnes sont aussi confrontées à une barrière de langue. Malgré le fait qu'elle ait intégré quelques habiletés culturelles dans son intervention, elle souligne ne pas avoir été assez en profondeur : *j'aurais pu plus poser de questions, depuis combien de temps vous êtes ici, première ou deuxième génération... pour établir un climat de confiance et un premier contact qui favorise les échanges* (P4). Comme les autres participantes et participants, elle note certaines limites de la visioconférence : *ça crée des limites, ça n'est pas vraiment la même chaleur humaine, le lien est plus difficile* (P4). Elle mentionne aussi que cela amène un enjeu supplémentaire dans l'enseignement, car elle aime utiliser la gestuelle dans ses explications. En contrepartie, elle ajoute avoir pris la peine de regarder la patiente lorsqu'elle posait ses questions à l'interprète : *il faut que je la regarde et qu'elle se sente écoutée* (P4) et dit avoir opté pour un enseignement sans structure fixe qui lui a permis d'aller un peu partout, laissant libre cour aux questions et ciblant au fur et à mesure les éléments importants. De plus, elle souligne avoir vérifié les connaissances, les ressources disponibles, et avoir validé la compréhension. Elle nomme l'importance de la sphère familiale dans cette simulation qui permet un suivi plus serré.

En résumé, les thèmes qui ressortent du débriefing individuel sont d'abord l'importance du réalisme des actrices et du scénario pour l'immersion des participantes et des participants. La curiosité de la culture de la personne est un autre thème important. Effectivement, tous ont mentionné qu'il faudrait aller plus en profondeur en posant davantage de questions, ce qui favoriserait l'ouverture et les échanges. Une certaine souplesse dans l'organisation des interventions et la capacité d'adaptation sont aussi des éléments importants qui permettent de

personnaliser l'approche infirmière. Les enjeux, les forces et les habiletés à développer en situation d'interprétariat familial ont aussi été explorés par les participantes et les participants.

1.3 Données qualitatives issues du débriefage en groupe

Le débriefage en groupe s'est déroulé une semaine après la période de simulation, il a duré une heure et demie et a abordé les dimensions affectives, cognitives et métacognitives. Si le troisième objectif de la simulation — s'engager dans une pratique réflexive sur les défis d'une société plurielle en contexte de soins infirmiers lors du débriefage — a été partiellement atteint lors de l'entrevue semi-dirigée (pré-briefage), de la simulation et du débriefage individuel, le visionnement de chacune des performances et les discussions qui ont suivies sont venus enrichir la coconstruction des savoirs chez les participantes et les participants, en plus de permettre le processus de *réflexion sur l'action* (Schön, 1987 cité dans Zai, 2001) et de *réflexion au-delà de l'action* (Dreifuerst, 2009).

1.3.1 Émotions et sentiments

Les participantes ont été celles qui ont le plus exprimé d'émotions ou de sentiments suite au visionnement des simulations. Il a été nommé qu'il était confrontant de voir sa performance : *on voit plus ses défauts et c'est plus confrontant* (P4). La comparaison avec les autres a aussi entraîné certains mécontentements : *j'ai été beaucoup trop longue comparativement à mes collègues, j'ai été redondante [...] j'étais agacée de me voir et de m'entendre* (P3). En contrepartie, lorsque les participantes et participants ont été invités à relever et à discuter des bons coups de

leurs collègues, ce sentiment d'insatisfaction s'est dissipé en partie, laissant place à un mélange de fierté, d'étonnement et de gêne.

Je veux juste revenir sur le point du début, de comment on est beaucoup plus dur avec soi-même, je n'avais même pas vu que j'avais fait des bons coups [...] et c'est le fun de voir que les gens sont beaucoup moins critiques. (P3)

1.3.2 Réflexions

Un des éléments importants ressortant du visionnement en groupe de chacune des performances est la diversité des approches des participantes et des participants. En comparant leur performance, ces derniers ont pu apprécier les nouvelles perspectives apportées par leurs collègues :

C'est une des choses que j'ai souligné dans la rencontre avec P3, [...] elle s'est assurée que [l'interprète] comprenait bien les instructions, quelque chose que je n'ai pas fait. [...] ça se peut que je lui donne des instructions et qu'elle les traduise mal et peu importe l'enseignement que j'aurais fait, ben ça aurait abouti à rien. (P4)

L'importance de la vulgarisation de l'information est un élément qui a été soulevé par tous et pour chacune des simulations. Effectivement, les termes médicaux comme l'hypoglycémie ou encore l'hémoglobine glycosylée ont été nommés comme étant un frein à la communication ou un agent potentiellement stressant : *tu aurais pu un peu mieux vulgariser les informations, parce qu'elle a même dit une fois que ça la stressait un peu de voir la complexité des informations (P1).*

Les participantes et les participants ont tous mentionné qu'ils auraient pu intégrer davantage d'aspects culturels dans leur approche. Un élément intéressant a été amené par un des participants sur les potentiels freins liés au questionnement de la culture de l'autre : *je ne sais pas si c'est par politesse, ou parce qu'on veut rester dans une barrière professionnelle... Oui, je vais prendre le pouls ce que la personne fait dans la vie [et de sa culture], mais pas nécessairement au début* (P2). Il relate toutefois que c'est quelque chose qui pourrait être instauré dès la première rencontre. Certaines lacunes dans la formation ont été citées, en lien avec le manque de pratiques supervisées dans le cours de communication pédagogique dans le programme *Soins infirmiers*. L'intégration de mises en situation ou de jeux de rôles aurait pu favoriser le développement d'aptitudes communicationnelles ainsi que l'intégration de composantes culturelles.

Des questions ont aussi été posées en lien avec les apprentissages réalisés et la pertinence des interventions dans le cadre de cette recherche. Les participants ont souligné avoir été sensibilisés à l'importance de la culture en santé : *c'était très formateur et sensibilisant à la culture* (P2).

Je crois qu'autant par le questionnement intérieur en début de recherche que par la simulation, j'ai beaucoup appris. Nous sommes maintenant beaucoup plus sensibles aux différentes croyances et cultures dont nous avons à faire face et je crois qu'il serait bénéfique qu'on apporte une mise à niveau pour le mieux des patients et de l'image de la profession. (P1)

Lorsqu'une des participantes mentionne que, malgré tous les enseignements, nous ne sommes jamais réellement prêts à la réalité, sa collègue souligne que la simulation permet tout de

même d'approfondir sa pratique et de mettre en confiance : *ça donne des idées sur comment interagir, avec la [simulation] ça me permet d'identifier quoi faire et quoi ne pas faire dans une situation donnée* (P4). Cette dernière souligne, par ailleurs, s'être enrichie des opinions des autres.

J'ai appris de tout le monde, on a des visions différentes, même si notre idée globale est la même. Ça m'a permis de découvrir d'autres facettes ou d'autres points de vue que je ne n'avais pas vu avant. Ça a vraiment été une belle expérience. (P4)

Les participantes et les participants ont relevé qu'ils avaient tous un peu la même idéologie et qu'il serait intéressant de répéter l'exercice en plus grand groupe : *des gens moins familiers à l'approche culturelle, ça aurait été bien de voir cette facette-là aussi et de voir comment notre groupe aurait évolué et comment les échanges auraient été faits* (P4). Un des participants ajoute qu'il serait intéressant que les aspects culturels « *de la relation patient-soignant soient intégrés au travers des stages, [...] avec un suivi qui se fait tout le long du cheminement* » (P2).

Lorsque la chercheuse a fait un retour sur la compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, tout en exposant certaines implications et plusieurs défis à surmonter, il a été soulevé qu'il était difficile de changer les pratiques infirmières enracinées dans un système de santé axé sur une approche biomédicale et, qu'il était plus difficile d'amener le changement en tant qu'étudiante ou étudiant.

Il y a un écart entre ce qu'on apprend, ce qu'on souhaite faire, cet idéal, c'est difficile de le réaliser, parce qu'il y a des gens qui sont là, qui ont établi une façon

de faire et de penser. [...] Je ne veux pas être contraignante pour mes collègues, la nouvelle qui vient de sortir de l'école et qui va dire aux autres quoi faire... (P3)

Finalement, lorsque la notion infirmière de défense et de promotion des droits du patient ou de la patiente (*patient advocate*) en lien avec la sécurité culturelle a été nommée, certaines limites du système de santé comme la hiérarchisation des professions, l'imposition d'un schème de pensées en santé, l'aspect curatif des soins plutôt que celui du préventif, et la présomption du consentement absolu des patientes et des patients, ont été mises de l'avant et discutées comme ne favorisant pas une démarche sécuritaire vers l'autre et personnalisée.

J'ai réalisé l'importance et l'ampleur du consentement dans les soins infirmiers. J'ai déjà apporté certains changements dans ma pratique infirmière lors de mon externat se déroulant en même temps que la recherche notamment dans la fameuse "distribution de médicaments" où l'avis du patient est important, et ce, à chaque moment d'administration. (P1)

Les autres thèmes émergents de cette dernière étape de la collecte de données relatent d'abord l'efficacité de la simulation et du débriefage pour la coconstruction des connaissances, puis des défis et des freins à la communication pédagogique en contexte pluriculturel.

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Rappelons que les deux derniers objectifs de la recherche étaient 1) de créer des activités pédagogiques en utilisant les principes de la simulation par immersion clinique (pré-briefage, briefage, action, débriefage) et en répondant aux dimensions constitutives des incidents critiques

liés à la culture les plus fréquemment vécus par les étudiantes et les étudiants, et 2) d'analyser le développement de la compétence culturelle de la population étudiante de *Soins infirmiers* grâce à la pratique réflexive en situation de simulation clinique.

Les résultats du questionnaire ont influencé la chercheuse dans l'élaboration de son scénario de simulation. En effet, le thème des difficultés communicationnelles vécues en stage avec des patientes et des patients compte parmi les causes d'incidents critiques qui ont émergé du questionnaire. Bien que le racisme et les préjugés aient été les deux thèmes les plus fréquents du questionnaire, la chercheuse a fait le choix de construire un scénario traitant des difficultés communicationnelles, un thème moins confrontant que celui du racisme, mais qui permet l'exploration de la compétence culturelle dans la pratique infirmière. Les autres thèmes, tels que l'impact des différences culturelles quant aux valeurs, aux us et coutumes sur la profession infirmière, le racisme, les préjugés et les stéréotypes ont toutefois été discutés à l'intérieur des autres étapes comprises dans le processus de simulation.

Les résultats des données qualitatives sont donc discutés en lien avec la question de la recherche, le cadre conceptuel, et la méthodologie choisis. De plus, pour analyser les données qualitatives issues de la pratique réflexive, la chercheuse s'est basée sur le document *La pratique réflexive : six types de questions pour stimuler la réflexion* (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, 2018). Ce document présente des exemples de données pouvant émerger de la pratique réflexive et être catégorisées sous six types de questionnement tels qu'élaborés par Lafortune (2004) : informatif, descriptif, réflexif, métacognitif, affectif et conceptuel.

2.1 Les effets de la pratique réflexive durant l’entrevue semi-dirigée et le breffage

La réflexion avant l’action (Greenwood 1993 cité dans Page-Cuttrara et Turk, 2017) exercée par la facilitation durant l’entrevue semi-dirigée et l’approche socioconstructiviste ont donc été efficaces pour introduire le concept de développement de la compétence culturelle. Effectivement, les participantes et participants ont d’abord développé leur conscience culturelle en examinant leurs repères culturels et en explorant certains des préjugés et stéréotypes présents dans leur réalité. Ils ont aussi pris conscience de l’importance du contexte et identifié des éléments pertinents de la compétence culturelle. Cette étape de collecte de données ayant aussi servi à préparer les participantes et les participants à la simulation (l’action), il était essentiel qu’ils se créent une première image d’une pratique infirmière culturellement adaptée afin d’être en mesure de bien comprendre les objectifs de la simulation et de se préparer au mieux à l’expérience simulée.

Les questions préparées par la chercheuse lors de cette intervention avaient d’abord pour but d’amener une première réflexion sur l’identité culturelle faisant office de porte d’entrée à l’approfondissement des connaissances de l’impact de la culture dans la pratique infirmière. Si les premiers éléments abordés traitaient d’abord de l’ethnicité, de la nationalité, de l’âge, du bagage religieux et politique des familles et se rapportaient davantage à une perspective essentialiste de la culture, les échanges ont mis en lumière certains vecteurs de changements identitaires pouvant influencer la culture des individus et permettant de considérer la culture sous l’angle constructiviste qui, rappelons-le, est en adéquation avec le cadre théorique de développement de la compétence culturelle de Blanchet Garneau et Pépin (2015a) choisi pour cette recherche. Les questionnements étaient de type réflexif et de type conceptuel puisqu’ils ont permis un premier

regard vers soi quant à l'identité culturelle, avant de faire « émerger les croyances, connaissances, perceptions, convictions et conceptions, et de susciter des comparaisons » (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, 2018, p.3) par rapport au concept de culture.

En outre, l'intention de la chercheuse était de colliger les réactions affectives et les réflexions des participantes et des participants avec des données significatives issues du questionnaire en ligne reflétant leur réalité au collégial. La présentation des résultats a suscité des réactions qui ont naturellement mené au partage de certaines expériences passées. Les données recueillies correspondent donc également à celles qui auraient pu émerger d'un questionnement de type descriptif, malgré le fait que la chercheuse n'ait pas spécifiquement posé des questions à cet égard. Les différentes réflexions et les partages expérientiels ont exposé certains obstacles culturels ainsi que certaines limites structurelles dans le système de santé et dans le système éducatif qui ne favorisent pas une pratique infirmière culturellement adaptée. Finalement, d'autres questions de type conceptuel quant aux habiletés et aux qualités infirmières requises en contexte de diversité culturelle ont permis aux participantes et aux participants d'identifier certains éléments ou attributs comme étant essentiels à la compétence culturelle ou à son développement. En effet, ceux-ci ont discuté de l'importance de l'approche humaniste, du désir et des rencontres culturelles qui favorisent une sensibilisation bienveillante à l'égard des différentes cultures. Les avantages de détenir des connaissances culturelles et les dangers du stéréotypage culturel ont aussi été soulevés.

Rappelons que le cadre théorique de développement de la compétence culturelle de Blanchet Garneau (2015a) intègre les concepts de sécurité culturelle et d'humilité culturelle. La conscience, la sensibilité, les connaissances et les rencontres culturelles sont d'ailleurs considérées

comme leurs antécédents essentiels (Blanchet Garneau et Pépin, 2012) et sont aussi des dimensions de la compétence culturelle selon Campinha-Bacote (2002).

Finalement, durant le breffage, étape très courte réalisée juste avant la simulation, des questions de type affectif et informatif ont été posées par la chercheuse avant chacune des simulations afin de 1) désamorcer le stress usuel lié à ce genre d'exercice, 2) prendre le pouls de la préparation faite par chacun et chacune et 3) rappeler que les objectifs de la simulation visaient l'intégration de la compétence culturelle plutôt que la justesse des données prodiguées dans l'enseignement. Le breffage avait pour but de fournir quelques informations sur les participantes et les participants afin que la chercheuse puisse contextualiser leur performance.

2.2 Analyse des observations en action lors de la simulation

Dans un premier temps, le réalisme du scénario et la prestation des actrices ont eu pour effet de plonger les participantes et les participants dans une situation de soin concrète. Ils ont démontré leur engagement tout au long de la simulation. Pour la plupart d'entre eux, il s'agissait là d'une première expérience de travail avec une patiente et une interprète, ce qui représentait donc un défi. Par ailleurs, ils ont intégré de manières différentes les nouvelles connaissances issues des étapes et des outils préparatoires à la simulation. En effet, la lecture de deux documents avait été suggérée par la chercheuse au préalable, l'un d'entre eux donnant des indications claires pour une intervention réussie dans une situation d'interprétariat. Les participantes et les participants ont aussi démontré quelques habiletés et une sensibilité liées aux deux premiers niveaux de la compétence culturelle. Certains conflits cognitifs prévus dans le scénario et cohérents avec les stratégies réflexives-interactives de Lafortune (2012) les ont amenés à réajuster et à adapter leur

approche autant que leur rythme. C'est d'ailleurs à travers ces réajustements et l'application des nouvelles connaissances que la *réflexion en action* (Schön cité dans Zai, 2001), s'est exprimée et qu'elle a pu être observée par la chercheuse.

Les performances des participantes et des participants lors de la simulation ont amené quelques constats quant à leur approche et aux questions visant à recueillir des données culturelles. Ceux-ci semblent accorder davantage d'importance à la tâche à effectuer, dans ce cas-ci l'enseignement, qu'à la connaissance de l'autre, son vécu et sa culture. Ces constats peuvent s'expliquer en partie par un enseignement infirmier et une approche dans les milieux soins « qui mettent l'accent sur une pratique ancrée dans un paradigme biomédical : de là, une culture qui se révèle préjudiciable à l'humanisation des soins, surtout pour les étudiantes et les nouvelles infirmières » (Létourneau, Cara et Goudreau, 2016, p.1). Formarier (2007) relate aussi que la relation pédagogique ou éducative entre l'infirmière ou l'infirmier et la personne soignée tend à s'exprimer davantage par des interactions unidirectionnelles visant la transmission des savoirs et prend peu en considération les attributs préalables de cette relation : « établir une relation de confiance entre le professionnel et le patient [...]. Le patient doit se sentir compris, soutenu, satisfait d'être aidé tout en gardant son autonomie, - prendre en compte ses représentations, ses croyances, sa culture, ses habitudes de vie » (Rioux et Sylvain 2004 cités dans Formarier, 2007, p. 39). Ainsi, l'approche humaniste devrait être revisitée en enseignement afin qu'elle ne passe pas au second plan et qu'elle puisse s'exprimer à l'intérieur de chaque tâche infirmière.

Le but de cette simulation était de faire vivre une expérience immersive comportant des défis culturels à surmonter. Le réalisme de la situation visé par la chercheuse visait à rendre

l'expérience significative en créant des conflits affectifs et cognitifs chez les participantes et les participants. Peu importe le niveau de performance atteint par ces derniers, cette expérience leur a fourni un point de départ personnalisé servant de tremplin aux réflexions et menant éventuellement à la transformation de certaines de leurs pratiques. Bref, il s'agissait de les faire entrer dans le processus de développement de la compétence culturelle, et non d'évaluer leur compétence culturelle comme telle.

Finalement, l'observation de la *réflexion en action* (Schön cité dans Zai, 2001) par certains réajustements en simulation et les constats quant à la priorisation de la tâche à effectuer en opposition à la curiosité culturelle ont été corroborés par les participantes et les participants lors du débriefage individuel et celui réalisé en groupe.

2.3 Les effets de pratique réflexive durant les débriefages

Pour le débriefage individuel, la chercheuse a priorisé les questionnements de type affectif et réflexif. En effet, il était important que les participantes et les participants prennent conscience des sources de leurs émotions, allant du stress au sentiment de confiance, pour identifier ce qui leur appartient et ce qui relève de la situation ou des relations interpersonnelles (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, 2018). Ce faisant, ils prenaient conscience d'éventuels changements à apporter autant que de postures et comportements à conserver pour favoriser la gestion des émotions, ou encore tout simplement de l'importance d'avoir à composer avec des imprévus. Dans ce cas-ci, les éléments discutés se rapportent à la qualité de la préparation à la simulation et à leurs expériences passées en simulation.

Par les questions visant à identifier les points forts et ceux à améliorer dans leur performance, les participantes et les participants ont procédé à une première analyse de leur pratique. Les constats de cette *réflexion sur l'action* (Schön cité dans Zai, 2001) quant à leurs habiletés communicationnelles, l'organisation de leurs interventions, leur capacité d'adaptation et leur approche en contexte de diversité culturelle ont fait ressortir des pistes d'amélioration qui pourraient être intégrées dans leur pratique. Cette projection, *réflexion pour l'action* (Zai, 2001), mène à imaginer un premier idéal cohérent avec les apprentissages théoriques qu'ils ont retenus lors du pré-briefage et dans leur préparation, et avec ceux qui ressortent de la simulation. À titre d'exemple, la nécessité de faire preuve davantage de curiosité quant à la culture de l'autre a été nommée par tous et toutes. Cela les a menés à imaginer quelques pistes de mise en pratique, telles que de poser des questions sur la langue et sur le pays d'origine de la personne dès la première rencontre.

Le débriefage en groupe s'est réalisé à la fin des visionnements des quatre simulations, les participantes et les participants pouvant voir leur propre performance autant que celles des autres. Cette étape s'est avérée inconfortable, voire douloureuse pour une des participantes, malgré une intervention pré-visionnement de la chercheuse qui insistait sur le fait d'accueillir chacune des performances comme faisant partie d'un processus d'apprentissage. Biasin (2018) souligne que « cette confrontation introspective [peut mener à] une réflexion critique [et] à des points de vue alternatifs » (p.2) si celle-ci se réalise au travers d'un accompagnement bienveillant. Les questionnements de type affectif ont permis aux participantes et participants de verbaliser cet inconfort et de normaliser l'expérience.

Les questionnements de type réflexif en groupe ont permis aux participantes et aux participants « d'analyser ses façons de faire en lien avec celles des autres » (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, p. 2, 2018). La comparaison avec les pairs est venue confirmer les constats du débriefage individuel et offrir divers exemples de pratique qu'ils pourront décider de modéliser.

De plus, les interactions ont permis une fois de plus d'approfondir la réflexion sur les éléments qui peuvent influencer les pratiques et ce qui limite le développement d'une pratique infirmière culturellement adaptée et inclusive. En effet, le manque de formation spécifique dans le programme quant au développement de la compétence culturelle, les stratégies d'enseignement utilisées dans le cours de communication pédagogique, et l'approche biomédicale du système de santé ont été soulevés comme de potentiels freins. Il est intéressant de noter que ces constats s'ancrent dans le troisième niveau –Réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle –du cadre conceptuel de développement de la compétence culturelle choisi pour cet essai, ainsi que dans la forme de pratique réflexive : la *réflexion à propos de l'action* (Zai, 2001) ou la *réflexion au-delà de l'action* (Dreifuerst, 2009). Ainsi par leurs échanges et leurs expériences, les participantes et les participants ont démontré une capacité à identifier les enjeux du système et leurs impacts sur la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle.

Les questions portant sur leurs apprentissages durant cette recherche ont, en outre, permis de faire ressortir certains processus métacognitifs en ce qui a trait à leur capacité de « porter un regard sur son processus d'apprentissage, reconnaître sa façon d'apprendre, verbaliser sa façon

d'autoévaluer et de réguler dans l'action et d'explorer des façons de faire dans d'autres circonstances » (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, p. 2, 2018).

Finalement, il convient de répondre à la question générale de cette recherche quant à l'effet d'activités pédagogiques simulant certains incidents critiques culturels comme moyen pour développer une réflexion culturellement sensible et une pratique infirmière culturellement inclusive et sécuritaire chez les étudiantes et les étudiants inscrits dans le programme *Soins infirmiers* au collégial.

L'interprétation globale des résultats de l'intervention de cette recherche confirme que l'approche socioconstructiviste et la pratique réflexive exercée au travers des différentes étapes de la simulation ont permis le développement de la compétence culturelle chez les participantes et les participants. Le réalisme de la simulation s'est avéré significatif pour les participantes et les participants et les différentes réflexions ont permis des apprentissages transformatifs concordant avec la théorie de Mezirow (1997). En effet, ces derniers ont acquis de nouvelles connaissances et habiletés qu'ils ont mises en pratique en simulation. Ils ressortent avec des pistes d'amélioration à apporter dans leur pratique, affirment que les différentes parties de la recherche ont permis d'élargir leurs perceptives quant à l'impact de la culture en soins infirmiers et qu'ils sont maintenant plus sensibles aux aspects culturels de la profession.

Il faut souligner que la personnalité intrinsèque des quatre participantes et participants et leur intérêt de départ pour le sujet de recherche représentent un certain biais de sélection (Fortin et Gagnon, 2016), car les sujets se sont portés volontaires. On peut en effet présumer chez eux une prédisposition favorable à l'ouverture et aux interactions concernant la culture ainsi qu'à leur

investissement dans chacune des étapes de la recherche. La délicatesse dans l'expression de leurs différends et dans l'accueil de ces derniers, en plus d'une bonne dose d'humour, ont participé à la richesse des échanges et favorisé une forte cohésion chez les participantes et les participants. Ils présentent donc des caractéristiques communes ayant influencé les résultats qui limitent leur généralisation à l'ensemble de la population cible et accessible. Dans un contexte d'enseignement en plus grand groupe visant le développement de la compétence culturelle, il est probable que l'enseignante ou l'enseignant aurait à intervenir davantage pour stimuler le partage et dénouer les différends entre les étudiantes et les étudiants.

Il est nécessaire d'insister qu'une seule situation expérientielle n'est pas suffisante pour confirmer l'acquisition d'une pratique infirmière culturellement inclusive et sécuritaire. Il s'agit d'un processus qui doit s'élaborer à plusieurs moments et à travers plusieurs situations d'apprentissage. La première méthodologie, d'avant Covid-19, souhaitée par la chercheuse aurait permis de mieux répondre à cette question, car elle incluait deux simulations cliniques et un retour sur l'application des apprentissages lors des stages. Les autres limites de la recherche seront discutées dans la conclusion.

CONCLUSION

Cet essai visait l'avancement des connaissances quant au développement de la compétence culturelle des étudiantes et des étudiants inscrits dans le programme *Soins infirmiers* au collégial. Le contexte et la problématique de cette recherche ont mis en évidence la pluralité culturelle de notre société et les répercussions de l'absence d'une pratique infirmière culturellement inclusive ou sécuritaire et du manque de pédagogie et de formation interculturelle du corps enseignant au collégial. Ces répercussions ont un impact négatif sur la qualité des soins prodigués qui s'échelonne sur un continuum de sévérité et peuvent particulièrement affecter l'apprentissage chez les populations d'étudiantes et d'étudiants immigrants. L'absence de développement de la compétence culturelle infirmière au collégial et la structure du programme *Soins infirmiers* actuel sont à eux deux des obstacles pour l'essor de professionnelles et de professionnels infirmiers culturellement sensibles et congruents.

Les assises du cadre de référence s'ancrent dans une perspective constructiviste et socioconstructiviste que ce soit par rapport au concept de culture, de compétence et de développement de la compétence culturelle infirmière. La pratique réflexive et la simulation menant à faire vivre un incident critique culturel ont servi de cadre pour la mise en œuvre d'une intervention pédagogique cohérente avec la réalité de la population étudiante de *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve. Avec comme première étape le diagnostic local, le devis de recherche-intervention choisi pour cet essai s'est avéré pertinent et révélateur pour mettre en lumière certaines problématiques liées à la diversité culturelle dans la population étudiante du programme *Soins infirmiers* au Collège de Maisonneuve. En outre, ces données recueillies ont permis la rédaction

d'un scénario de simulation significatif pour les participantes et les participants. Les autres données ont été colligées par le biais d'une entrevue semi-dirigée, par l'observation et la facilitation. Chaque moment de collecte de données concordait avec les étapes de la simulation clinique, soit le pré-breffage, le breffage, l'action et le débriefage. Les questions posées par la chercheuse visaient à stimuler une pratique réflexive. Les résultats démontrent que le design de la recherche a été adéquat pour l'intégration de quelques connaissances et habiletés dans la pratique et pour la mise en œuvre d'une pensée réflexive favorisant la sensibilité culturelle des participantes et des participants.

La pandémie de la Covid-19 a eu des effets sur le déroulement de la recherche. En effet, toutes les étapes de simulation ont été réalisées à distance en visioconférence, mais ne semblent pas avoir eu trop d'effets négatifs lors de l'entrevue semi-dirigée, du breffage et du débriefage, sauf pour quelques aspects techniques reliés à la connexion internet. Par contre, lors de la période de simulation avec les actrices, l'utilisation de certaines habiletés infirmières, comme le toucher thérapeutique, était limitée, ainsi les interventions et les interactions des participantes et des participants n'ont pas pu être représentatives de leur plein potentiel. Le visionnement de toutes les performances, quoique très confrontant, a permis à chacun d'entre eux de poser un regard sur leur pratique. Cette stratégie enseignante n'est pas utilisée au Collège de Maisonneuve dans le programme *Soins infirmiers* mais comporte des avantages favorisant l'autoévaluation et la modélisation qui pourraient être utiles dans le cadre des cours de communication.

En outre, cet essai s'inscrivait dans le pôle de la recherche et visait l'augmentation des connaissances et la livraison d'un produit potentiellement transférable quant au développement de

la compétence culturelle par la pratique réflexive en simulation. Rappelons que les intentions de la chercheuse ne ciblaient pas la transformation du milieu. Cependant, les résultats de la recherche démontrent que l'aspect théorique des cours de sociologie actuels au Collège de Maisonneuve englobant la compétence 01Q6 et leurs places dans cursus étudiant sont insuffisants pour le développement d'une pratique infirmière culturellement inclusive et sécuritaire chez les étudiantes et les étudiants de *Soins infirmiers*. Ce constat révèle la première limite de cette recherche. En effet, pour que ce design de développement de compétence culturelle soit transférable dans la compétence 01Q6, il requiert une transformation du milieu. Cela pourrait s'articuler par le remaniement du partage des éléments de compétence entre les soins infirmiers et la discipline contributive de sociologie, le déplacement de la compétence 01Q6 en début de programme, par l'intégration de périodes de laboratoires dans les cours de sociologie ou par l'intégration dans les cours de soins infirmiers de stratégies pédagogiques favorisant le développement de la compétence culturelle par la pratique réflexive. De plus, les composantes de la compétence culturelle et l'accompagnement enseignant pour initier une pratique réflexive chez les étudiantes et les étudiants nécessitent une certaine maîtrise de cette compétence et de cette méthode qui ne sont pas nécessairement présentes chez les enseignantes et les enseignants. En somme, deux pistes de solutions émergent pour assurer une réelle transférabilité de la compétence culturelle. D'une part, il s'agit de proposer une restructuration de la formation en actualisation de programme et d'autre part, de renforcer le développement professionnel des enseignantes et des enseignants par le biais de formations complémentaires en lien avec la compétence culturelle et la pratique réflexive.

Des projets à l'interne permettraient de répondre aux besoins en matière de formation interculturelle pour accompagner adéquatement les étudiantes et les étudiants au bagage

culturellement différent. À titre d'exemple le Carrefour des langues, de l'international, de l'interculturel et de la collectivité (CLIIC) et l'Institut de recherche sur l'intégration professionnelle des immigrants (IRIPI) du Collège de Maisonneuve travaillent actuellement à l'élaboration d'un projet visant à mieux comprendre les problématiques vécues par la population immigrante dans les stages des formations techniques afin de tirer des recommandations spécifiques d'accompagnement enseignant.

Pour ce qui est du besoin de formation concernant la compétence culturelle infirmière, la formation continue semble plus propice à l'heure actuelle. À cet égard, une première action gouvernementale a finalement été dévoilée en novembre 2020. L'investissement gouvernemental permettra l'élaboration et la mise en œuvre de formations obligatoires concernant la sécurité culturelle des Premières Nations et des Inuits pour tout le personnel de la santé (Blais, 2020). Un premier pas qui ouvre la porte à une éventuelle intégration de ce concept dans les programmes de formations infirmières technique et universitaire.

Tel que mentionné plus haut, une actualisation du programme pourrait permettre d'optimiser le développement de la compétence 01Q6 afin que celle-ci puisse être intégrée adéquatement au travers des compétences dites particulières du programme. En effet, le but d'une actualisation de programme locale est de favoriser une meilleure cohérence et efficacité dans la progression et le développement de compétences. Si les événements d'actualité récents liés au mouvement *Black Lives Matter* et au décès tragique de Joyce Echaquan originaire de la communauté atikamekw ont fait ressortir les enjeux liés au racisme et à la discrimination dans la société et mis en évidence l'importance de la compétence culturelle en soins infirmiers, il est

nécessaire de réfléchir à la manière dont le développement de celle-ci s'articulera au niveau local. Des ajustements quant aux savoirs, savoir-être et savoir-faire incluant l'intégration des concepts de compétence culturelle, de sécurité culturelle et d'humilité culturelle semblent primordiaux. La simulation d'incidents critiques culturels pourrait par ailleurs se réaliser en collaboration avec le département de sociologie, et ainsi, faire le pont entre les concepts théoriques et l'application d'une pratique infirmière inclusive. Des stratégies immersives comme l'intégration de stages dans les communautés autochtones et à l'international semblent aussi être des options intéressantes pour favoriser des apprentissages en profondeur (Aubé, Champagne, Brûlé, et Doré, 2016; Hultsjö, Bachrach-Lindström, Safipour et Hadziabdic, 2019). Des méthodes d'enseignement permettant l'exploration de la compétence culturelle et la coconstruction des connaissances par l'intégration d'études de cas ou de mises en situation cohérentes avec le contexte infirmier pourraient favoriser la connaissance de soi, de son identité culturelle et la découverte de celles des autres dans un cadre de développement personnel et professionnel. Finalement, les cours de communication pédagogique pourraient inclure des jeux de rôles ou des périodes de discussion avec des personnes de différentes cultures et ayant des difficultés en français et en anglais pour approfondir le développement d'aptitudes communicationnelles ainsi que l'intégration de composantes culturelles.

Si le recrutement des actrices s'est fait aisément par la chercheuse, le cas d'une application de simulation pour une trentaine d'étudiantes et d'étudiants constituerait un autre défi. Les résultats de la recherche démontrent que le réalisme du jeu des actrices a contribué au caractère significatif de cette intervention. Il faut noter que les actrices n'ont pas incarné une culture qui leur aurait été étrangère pour le bien du scénario, ce dernier s'étant plutôt construit autour de leurs

caractéristiques culturelles propres. Il faudrait donc, pour répéter l'intervention, créer un canevas de scénarios assez large pour permettre une certaine adaptation culturelle par les actrices ou les acteurs.

Pour pallier ces limites, un lien pourrait être réalisé auprès d'organismes en employabilité ou communautaires travaillant pour des personnes immigrantes, des Premières Nations et Inuits ou d'autres communautés pour le recrutement d'actrices ou d'acteurs. Il est à noter qu'à ESPA-Montréal, un centre de simulation en santé, les actrices et les acteurs qui incarnent des personnes souffrant de maladies mentales sont rémunérés pour leur travail. La rédaction de scénarios pourrait aussi se faire en partenariat avec des membres de certaines communautés afin d'éviter le stéréotypage culturel et ainsi répondre au mieux à leurs besoins ou problématiques.

En définitive, la pratique réflexive demeure pour la chercheuse une stratégie d'apprentissage globale et transformatrice. Les activités stimulant cette pratique en contexte de diversité culturelle peuvent être variées, il ne faut donc pas se limiter, mais plutôt explorer. En créant les conditions d'un apprentissage transformateur, « c'est chercher à créer une conscience de soi et développer ainsi l'acquisition d'une autonomie » (Biasin, 2018, p. 2) qui sont deux notions essentielles pour relever les défis de la profession infirmière en contexte de diversité culturelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aubé, R., Champagne, M., Brûlé, M. et Doré, C. (2016). Développement de la compétence culturelle d'étudiante en sciences infirmières lors d'un stage international : élaboration, implantation et évaluation d'une formation complémentaire. *L'infirmière clinicienne*, 3(1). Repéré à http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Aube_etal_2016_InfirmiereClinicienneVol13no1p1-15.pdf
- Almutairi, A. F., Adlan, A. A. et Nasim, M. (2017). Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. *BMC Nursing*, 16, 1–9. doi: 10.1186/s12912-017-0242-2
- Amnistie internationale Canada. (2020). *Le racisme systémique dans notre système de santé et services sociaux*. Canada : Amnistie internationale Canada francophone. Repéré à <https://amnistie.ca/evenements/le-racisme-systemique-dans-notre-systeme-de-sante-et-services-sociaux>
- Ash, S.L. et Clayton, P. H. (2009). Generating, deepening, and documenting learning: The power of critical reflection in applied learning. *Journal of Applied Learning in Higher Education*, 1(1), 25-48.
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada [ANAC], Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI] et Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2009). *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis*. Ottawa : Association des

- infirmières et infirmiers autochtones du Canada. Repéré à <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FrenchFinalReviewofliterature.pdf>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada [AIIC]. (2018). *Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce_de_position_encourager_la_competece_culturelle_dans_les_soins_infirmiers.pdf
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé*. Prince George (C.-B.), Canada : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Barriault, L. (2016). *La pratique réflexive comme outil de développement professionnel*. Québec : Réseau d'information pour la réussite éducative (RIRE). Repéré à <http://rire.ctreq.qc.ca/2016/10/pratique-reflexive/>
- Bériault, M., Laurier, C. et Guay, J.-P. (2017). L'adhésion à la culture de gang : le rôle de l'identité ethnique chez les jeunes contrevenants de Montréal et ses environs. *Criminologie*, 50 (1), 287–310. doi : 10.7202/1 039 805a
- Biasin, C. (2018). L'apprentissage transformateur : état des lieux et portée heuristique d'un construit en développement. *Phronesis*, vol. 7(3), 1-4. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-phronesis-2018-3-page-1.htm?contenu=article>

-
- Blais, S. (2020). Québec investit 15 millions pour la sécurisation culturelle. *La presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-06/sante-des-autochtones/quebec-investit-15-millions-pour-la-securisation-culturelle.php>
- Blanchet Garneau, A. (2013). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal, Canada. Repéré dans la base de données ProQuest Dissertation and Theses. (NS28324)
- Blanchet Garneau, A. (2016). Critical reflection in cultural competence development: a framework for undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 55, p. 125-132. doi : 10.3928/01484834-20160216-02
- Blanchet Garneau, A. et Pépin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. doi:10.3917/rsi.111.0022
- Blanchet Garneau, A. et Pépin, J. (2015a). A constructivist theoretical proposition for cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*, 35, p.1062-1068. doi : 10.1016/j.nedt.2015.05.019.
- Blanchet Garneau, A. et Pépin, J. (2015 b). Cultural Competence: A Constructivist Definition. *Journal of Transcultural Nursing*, 35(11), 1062-1068. doi : 10.1177/1 043 659 614 541 294
- Bristol, S., Kostelec, T. et MacDonald, R. (2018). Improving emergency health care workers' knowledge, competency, and attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender patients through interdisciplinary cultural competency training. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 632-639. doi : 10.1016/j.jen.2018.03.013

- Browne, A. J. (2007). Clinical encounters between nurses and First Nations women in a western Canadian hospital. *Social Science & Medicine*, 64, 2165–2176. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.006
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Maglio, A.S. et Amundson, N. E. (2005). Fifty years of the critical incident technique : 1954-2004 and beyond. *Qualitative Research*, 5(4), 475-497.
- Byrne, D. (2016). Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education: A Conceptual Analysis. *International Journal for Human Caring*, 20(2), 114-119. doi :10.20467/1091-5710-20.2.114
- Cara, C., Roy, M. et Thibault, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM*. Montréal, Canada : Université de Montréal. Repéré à https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf
- Campinha-Bacote J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203–207. doi:107197282
- Campinha-Bacote J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. doi: 106952494
- Campinha-Bacote, J. (2011). Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42–48. doi: 104610657

-
- Campinha-Bacote, J. (2019). Cultural Competemility: A Paradigm Shift in the Cultural Competence versus Cultural Humility Debate -- Part I. *Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1), 4. doi: 10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20
- Capell, J., Veenstra, G. et Dean, E. (2008). Cultural Competence in Healthcare: Critical Analysis of the Construct, Its Assessment and Implications. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 11 (1), 30-37.
- Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. (2018). *La pratique réflexive : six types de questions pour stimuler la réflexion*. Québec, Canada. Repéré à <https://www.ctreq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/04/Les-six-types-de-questions-1.pdf>
- Cleaver, S. R., Carvajal, J. K. et Sheppard, P. S. (2016). L'humilité culturelle : Une façon de penser pour orienter la pratique à l'échelle mondiale. *Physiotherapy Canada*, 68(1), 2–4. doi : 10.3138/ptc.68.1.GEF
- Collège de Maisonneuve. (2014). *Cahier programme de soins infirmiers 180.A0*. Montréal, Canada : Collège de Maisonneuve.
- Collège de Maisonneuve. (2016). *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*. Montréal, Canada : Collège de Maisonneuve (Ouvrage original publié en 2004).
- Collège de Maisonneuve. (2018). *Projet pilote Vivre-ensemble Rapport des activités*. Montréal, Canada : Collège de Maisonneuve. Repéré à https://www.cmaisonneuve.qc.ca/wp-content/uploads/2018/02/projet-pilote_vivre-ensemble.pdf

- Collège de Maisonneuve. (2020a). *Formation continue*. Montréal, Canada : Collège de Maisonneuve. Repéré à <https://fc.cmaisonneuve.qc.ca/repertoire/sante-et-services-sociaux/dec/soins-infirmiers-ete-2021>
- Collège de Maisonneuve. (2020 b). *Caractéristiques des étudiants qui arrivent dans le programme : Formation continue*. Montréal, Canada : Collège de Maisonneuve. Repéré à http://sipe.cmaisonneuve.qc.ca/sites/sipe.cmaisonneuve.qc.ca/files/180a0_caracteristiques_1.pdf
- Collège des médecins de famille du Canada. (2016). *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*. Canada : Groupe de travail sur la santé autochtone du Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des médecins indigènes du Canada. Repéré à https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Resources/_PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf
- Collège de Valleyfield. (2020). *Soins infirmiers 180.A0. Grille de cours*. Salaberry-de-Valleyfield, Canada : Collège de Valleyfield. Repéré à https://www.colval.qc.ca/images/Repertoire/ColVal_Repertoire2020_Grille0909web_SI.pdf
- Collège Lionel-Groulx. (2016). *Guide descriptif*. Sainte-Thérèse, Canada : Collège Lionel-Groulx. Repéré à http://www.clg.qc.ca/fileadmin/clg/programmes/pdf/GD_4P_Automne_SI_180A0_20160920.pdf

-
- Comité paritaire. (2008). *Enseigner au collégial... Portrait de la profession*. Québec, Canada : Ministère de l'éducation, du loisir et du sport, et Fédération des cégeps. Repéré à https://fec.lacsq.org/wp-content/uploads/2018/08/0803_profession_enseignante.pdf
- Cornelius, J. B., Enweana, I., Alston, C. K. et Baldwin, D. M. (2017). Examination of lesbian, gay, bisexual, and transgender health care content in north carolina schools of nursing. *Journal of Nursing Education*, 56(4), 223-226. doi : 10.3928/01484834-20170323-06
- Courbet, D., Fourquet-Courbet, M. et Marchioli, A. (2015). Les médias sociaux, régulateurs d'émotions collectives. *Hermès, La Revue*, 71(1), 287-292. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2015-1-page-287.htm>
- Debs-Ivall, S. (2018). Est-ce que vous voyez la différence et la diversité comme des atouts ? *Infirmière canadienne*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et des infirmiers du Canada. Repéré à <https://infirmiere-canadienne.com/fr/articles/issues/2018/may-june-2018/est-ce-que-vous-voyez-la-difference-et-la-diversite-comme-des-atouts>
- Desbiens, C., Rivard, É. et Hirt, I. (2017). Nous nous souvenons du territoire : la géographie québécoise face aux mémoires autochtones. *Cahiers de géographie du Québec*, 61 (173), 293–313. doi : 10.7202/1 049 374a
- Descormiers Intelligence d'affaires et Fédération des cégeps (2015). *Sondage provincial sur les étudiants des cégeps 2015, SPEC1*. [Rapport détaillé Collège de Maisonneuve] Repéré à http://sipe.cmaisonneuve.qc.ca/sites/sipe.cmaisonneuve.qc.ca/files/180a0_spec_1_rapport_detaille_.pdf

Descormiers Intelligence d'affaires et Fédération des cégeps (2016). *Sondage provincial sur les étudiants des cégeps 2016, SPEC1*. [Rapport détaillé Collège de Maisonneuve] Repéré à http://sipe.cmaisonneuve.qc.ca/sites/sipe.cmaisonneuve.qc.ca/files/180a0_spec_1_2016.pdf

Descormiers Intelligence d'affaires et Fédération des cégeps (2017). *Sondage provincial sur les étudiants des cégeps 2017, SPEC1*. [Rapport détaillé Collège de Maisonneuve] Repéré à http://sipe.cmaisonneuve.qc.ca/sites/sipe.cmaisonneuve.qc.ca/files/180a0_spec_1_rapport_detaille_2017_0.pdf

Descormiers Intelligence d'affaires et Fédération des cégeps (2018). *Sondage provincial sur les étudiants des cégeps 2018, SPEC1*. [Rapport détaillé Collège de Maisonneuve] Repéré à http://sipe.cmaisonneuve.qc.ca/sites/sipe.cmaisonneuve.qc.ca/files/180a0_spec_1_a2018_0.pdf

Donnaint, É., Marchand, C. et Gagnayre, R. (2015). Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 123(4), 66-76. doi : 10.3917/rsi.123.0066.

Dorais, L.-J. (2004). La construction de l'identité. Dans Deshaies, D. et Vincent, D. (dir.). *Discours et constructions identitaires*. (p. 1-11). Québec : Presses de l'Université Laval. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/livres/culture-francaise-damerique/discours-constructions-identitaires/000660co.pdf>

- Dreifuerst, K.T. (2009). The Essentials of Debriefing in Simulation Learning: A Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives (National League for Nursing)*, 30 (2), 109-114.
- Duchesne, C. et Leurebourg, R. (2012). La recherche-intervention en formation des adultes : une démarche favorisant l'apprentissage transformateur. *Recherches qualitatives : La recherche qualitative au service du changement*, 31(2), 3-24.
- Franklin, A. E., Boese, T., Gloe, D., Lioce, L., Decker, S., Sando, C.R., Meakim, C. et Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard IV: Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), 19-20. Repéré à [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(13\)00082-0/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(13)00082-0/pdf)
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. doi : 10.3917/rsi.089.0033.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, Canada : Chenelière Éducation. (Ouvrage original publié en 2006).
- Fournier, V. (2013). *Conception et réalisation d'une formation interculturelle en ligne pour les programmes de soins infirmiers au collégial*. (Essai de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/7681>
- Fournier, V. et Lapierre, L. (2010). *Intégration et réussite des étudiants issus de communautés culturelles et inscrits dans le programme Soins infirmiers*. Montréal : Cégep de Saint-Laurent.

- Gaudet, É. et Lafortune, L. (2000). Un modèle de formation en interculturel axé sur des programmes d'intervention. *Pédagogie Collégiale*, 13(3), 26–30.
- Gauthier, B. (dir.) (2009). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. (5^e éd.). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec. (Ouvrage original publié en 1984).
- Georges, F. (2011). L'identité numérique sous emprise culturelle : De l'expression de soi à sa standardisation. *Les Cahiers du numérique*, 7(1), 31-48. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-numerique-2011-1-page-31.htm>.
- Gouvernement du Canada. (2008). *Qu'est-ce que la santé ?* Ontario, Canada : Santé publique. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/la-sante.html>
- Gouvernement du Canada. (2014). *Énoncé des politiques des trois conseils. Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ontario, Canada : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Institut de recherche en santé du Canada.
- Gouvernement du Canada. (2017). *Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du recensement 2016*. Ontario, Canada : Site de Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-fra.htm?indid=14428-1&indgeo=0>

Gouvernement du Canada. (2018). *Le Canada, terre d'asile : Historique*. Ontario, Canada :

Immigration-refugiés-citoyenneté. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/role-canada/historique.html>

Gouvernement du Canada. (2019). *Santé des Premières nations et des Inuits*. Ontario, Canada :

Services autochtones Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits.html>

Gouvernement du Québec. (2007). *Programme d'études techniques : Soins infirmiers 180.A0*.

Québec, Canada : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Gouvernement du Québec. (2015). *Stratégies d'action en matière d'immigration, de participation*

et d'inclusion 2016-2021. Québec, Canada : Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Repéré à

http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/Strategie_ImmigrationParticipationInclusion.pdf

Gouvernement du Québec. (2019). *Rapport final*. Québec, Canada : Commission d'enquête sur les

relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Repéré à

https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf

Gouvernement du Québec. (2020). *Éducation interculturelle*. Québec, Canada : Ministère de

l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/commissions-scolaires/aide-et-soutien/immigration-et-education-interculturelle/education-interculturelle/>

- Govere, L. et Govere, E. M. (2016). How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402–410. doi : 10.1111/wvn.12176
- Guay, J.-H. (2018). *La marge d'erreur dans différents contextes*. Dimensions : statistiques et sociétés. Sherbrooke, Canada : Université de Sherbrooke. Repéré à <https://dimension.usherbrooke.ca/dimension/differentesmargeerreur.html>
- Guyon, L. (1988). La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec. *Cahiers québécois de démographie*, 17 (2), 193–212. doi : 10.7202/600 639a
- Harkess, L. et Kaddoura, M. (2016). Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art. *Nursing Forum*, 51(3), 211-222. doi : 10.1111/nuf.12140
- Huard, S., Garneau, A., Pépin, J. et Larue, C. (2016) Activité réflexive novatrice auprès d'étudiantes en sciences infirmières sur la diversité culturelle dans les soins. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 2(6), 1-20. doi : 10.17483/2368-6669.1069
- Hultsjö, S., Bachrach-Lindström, M. Safipour, J. et Hadziabdic, E. (2019) Cultural awareness requires more than theoretical education- Nursing students' experiences. *Nurse education in best practice*, 23, 73-79. doi : 10.1016/j.nepr.2019.07.009
- INACSL Standards Committee. (2016). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, 5-12. doi : 10.1016/j.ecns.2016.09.005

- Isaacson, M. (2014). Clarifying concepts: cultural humility or competency. *Journal Of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*, 30(3), 251–258. doi: 10.1016/j.profnurs.2013.09.011
- Kaihlanen, A.-M., Hietapakka, L. et Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(1), (n.p.). doi:10.1186/s12912-019-0363-x
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (dir.) (2018). *La recherche en éducation : étapes et approches* (4^e éd.). Saint-Laurent, Canada : Édition du renouveau pédagogique inc. (Document original publié en 2000).
- Lafortune, L. (dir.) (2004). *Le questionnement en équipe-cycle. Questionnaires, entretiens et journaux de réflexion*. Québec : Presses de l'Université du Québec. Repéré à http://extranet.puq.ca/media/produits/documents/113_9782760518155.pdf
- Lafortune, L. (2012). *Des stratégies réflexives interactives pour le développement de compétences*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Larochelle-Audet, J., Borri-Anadon, C. et Potvin, M. (2016). La formation interculturelle et inclusive du personnel enseignant : conceptualisation et opérationnalisation de compétences professionnelles. *Éducation et Francophonie*, 44(2), 172. doi : 10.7202/1039027ar
- Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris, France : Éditions d'Organisation.

- Leclerc, C., Bourassa, B. et Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformations professionnelles. *Éducation et francophonie*, 38(1), 11–32. doi : 10.7202/039977ar
- Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M.-C. et Miquelon, P. (2018). Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent ? Pistes d'application auprès des communautés autochtones. *Perspective infirmière*, 15(3) : 50-53. Repéré à <https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere-vol-15-no-3-2018-3.pdf>
- Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones* (3^e éd.). Uashat, Canada : Institut Tshakapesh et Bibliothèque nationale du Québec. (Document original publié en 2002). Repéré à <http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/Mythes-Realites.pdf>
- Lescarbeau, R. (2002). La méthode de l'incident critique. Université de Sherbrooke, Chronique Méthode, *INTERACTIONS*, 4(1), 159-164. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_4_no_1/V4N1_LESCARBEAU_Robert_p159-164.pdf
- Letarte, M. (2014). Domaine de la santé : encore des pénuries ! *La presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/affaires/economie/emploi/201409/29/01-4804518-domaine-de-la-sante-encore-des-penuries.php>
- Létourneau, D., Cara, C. et Goudreau, J. (2016). Agir avec humanisme. L'approche humaine et relationnelle du soin, un pouvoir de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 13(5), 32-34. Repéré à

-
- <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no5/10-formation.pdf>
- Levesque, A. (2015). Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 27 (1), 35–56. doi : 10.7202/1031241ar
- Levesque, A., Li, H.Z. et Bohémier, M. (2013). Cultural Variations in Health Conceptions : A Qualitative Approach. *Pimatisiwin: A Journal of Indigenous and Aboriginal Community Health*, 11(2), 215-229.
- Lévesque, F. (2020). Formation obligatoire pour tout le personnel de la santé, promet Québec. *La presse*. Repéré à [https : https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-06/relations-avec-les-autochtones/formation-obligatoire-pour-tout-le-personnel-de-la-sante-promet-quebec.php](https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-06/relations-avec-les-autochtones/formation-obligatoire-pour-tout-le-personnel-de-la-sante-promet-quebec.php)
- Li, P. L. (2000). *La Diversité culturelle au Canada : La construction sociale des différences raciales*. Ottawa, Canada : Division de la recherche et de la statistique. Repéré à https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/dr02_8-rp02_8/dr02_8.pdf
- Long, T. B. (2012). Overview of Teaching Strategies for Cultural Competence in Nursing Students. *Journal of Cultural Diversity*, 19(3), 102–108.
- Lonneman, W. (2015). Teaching Strategies to Increase Cultural Awareness in Nursing Students. *Nurse Educator*, 40(6), 285-288. doi : 10.1097/NNE.0000000000000175
- Loslier, S. (2015). *La situation d'apprentissage des étudiants québécois issus de l'immigration : de la théorie au stage professionnel*. Rapport de recherche adressé au FRQ-SC. Longueuil :

- Cégep Édouard Montpetit et Groupe de recherche sur l'immigration, l'équité et la scolarisation.
- Manti, P., Henderson, J. et Watkison, D. (2011). *Reflective Practice in conservation education*. Cardiff, Royaume-Uni : Cardiff University. Repéré à : <https://core.ac.uk/download/pdf/8808485.pdf>
- Margolies, L., Scout, N.F.N. (2013) *LGBT Patient-Centered Outcomes : Cancer Survivors Teach Us How To Improve Care For All*. Repéré à www.cancer-network.org/patient_centered_outcomes
- McFarland, M. R. et Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. doi : 10.1177/1 043 659 619 867 134
- McGibbon, E., Etowa, J. et McPherson, C. (2008). Health-care access as a social determinant of health. *Canadian Nurse*, 104(7), 22–27. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/5c71/0fa36567d84b8bbd957afcfd3bc2a469fd3e.pdf>
- Meintel, D. et Kahn, E. (2005). De génération en génération : identités et projets identitaires de Montréalais de la « deuxième génération ». *Ethnologies*, 27 (1), 131–163. doi : 10.7202/014025ar
- Mezirow J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12.

-
- Microsoft. (2020). *Confidentialité, sécurité et conformité dans Microsoft Teams*. Repéré à <https://www.microsoft.com/fr-ca/microsoft-365/microsoft-teams/security>
- Molloy, L., Walker, K., Lakeman, R. et Skinner, I. (2015). Ethnonursing and the ethnographic approach in nursing. *Nurse Researcher*, 23(2), 17. doi : 10.7748/nr.23.2.17.s5
- Ndiwane, A., Koul, O. et Theroux, R. (2014). Implementing Standardized Patients to Teach Cultural Competency to Graduate Nursing Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(2), e87-94. doi:10.1016/j.ecns.2013.07.002
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Montréal : OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/oiiq-code-deontologie.pdf/dcac917b-c471-7699-62aa-9fa4062cdda4>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd). Montréal, Canada : OIIQ (Document original publié en 2010).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2017). *Portrait de la relève infirmière 2016-2017*. Montréal, Canada : OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/Portrait-releve_2016-2017.pdf
- Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO] (2013). *Compétences interculturelles : Cadre conceptuel et opérationnel*. Paris, France : Unesco. Repéré à :

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000219768_fre?posInSet=1&queryId=4e7e89b0-bd62-4821-bcf1-ec44d0f8a04b

Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture (2020). *Manuel de développement des compétences interculturelles : les cercles d'histoires*. Paris, France : Unesco. Repéré à : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000372192?posInSet=30&queryId=90d5b6ed-1b72-4aa0-86d6-5fa990a64ce1>

Organisation mondiale de la santé [OMS] (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Conférence internationale sur la Santé, New York. Repéré à : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

Ouellette-Vézina, H. (2020). Le racisme dans les écoles. *La presse*. Repéré à : <https://www.lapresse.ca/actualites/2020-11-14/racisme-dans-les-ecoles/montreal-nord-n-est-pas-un-cas-isole-martelent-des-manifestants.php>

Page-Cuttrara, K. et Turk, M. (2017). Impact of prebriefing on competency performance, clinical judgment and experience in simulation: An experimental study. *Nurse Education Today*, 48, 78–83. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.nedt.2016.09.012>

Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.

-
- Parent, R., Bouchard, L. et Lebel, M. (2014). Aînés francophones et intervenants multiethniques en santé : un projet de formation interculturelle adaptée aux collèges francophones canadiens. *Reflets*, 20 (2), 201–219. Doi : 10.7202/1027593ar
- Patallo, B. J. (2019). The Multicultural Guidelines in Practice: Cultural Humility in Clinical Training and Supervision. *Training & Education in Professional Psychology*, 13(3), 227–232. doi: 10.1037/tep000253
- Peisachovich, E. H. (2016). Reflection-Beyond-Action: A Modified Version of the Reflecting Phase of Tanner’s Clinical Judgment Model. *International Journal of Nursing and Health Science*, 3 (2), 8-14. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/299387397_Reflection-Beyond-Action_A_Modified_Version_of_the_Reflecting_Phase_of_Tanner’s_Clinical_Judgment_Model
- Pépin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal, Canada : Chenelière Éducation Inc.(Ouvrage original publié en 1994).
- Plourde, A. (2020). *Des solutions systémiques au racisme systémique en santé et services sociaux (1^{ère} partie)*. Montréal : Institut de recherche et d’informtions socioéconomiques (IRIS). Repéré à <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/des-solutions-systemiques-au-racisme-systemique-en-sante-et-services-sociaux-1re-partie>
- Policard, F. (2018). Facilitation et simulation clinique : modalités de l’activité de guidage dans la situation simulée chez les formateurs en soins infirmiers. *Activités*. Repéré à <http://journals.openedition.org/activites/3366>

Potvin, M., Larochelle-Audet, J., Campbell, M.-E, Kingué-Élongué, G. et Chastenay, M.-H. (2015). *Revue de littérature sur les compétences en matière de diversité ethnoculturelle, religieuse et linguistique dans la formation du personnel scolaire, selon différents courants théoriques*. Montréal : Groupe de travail interuniversitaire sur les compétences interculturelles et inclusives en éducation, Observatoire sur la formation à la diversité et l'équité. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2482627>

Racine, L. (2014). The Enduring Challenge of Cultural Safety in Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, (s.l.). Repéré à : <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2445/2439>

Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, Canada : Registered Nurses' Association of Ontario. Repéré à : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Embracing_Cultural_Diversity_in_Health_Care_-_Developing_Cultural_Competence.pdf

Remes, S. (2008). Métamorphoses des genres : centre de Recherches en Études Féminines et de Genres. *Sens public*, (n.p.). doi : 10.7202/1064470ar

Riopel, A. (2020). Les dernières heures de Joyce Echaquan. *Le Devoir*. Repéré à : <https://www.ledevoir.com/societe/587114/les-dernieres-heures>

-
- Rutledge, C. M., Barham, P., Wiles, L. et Benjamin, R.S. (2008). Integrative simulation: a novel approach to educating culturally competent nurses. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 28(1–2), 119–128. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.119
- Santé Canada. (2010). La santé des migrants : Vers une approche axée sur les déterminants de la santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 17. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H12-36-17-2010-fra.pdf
- Sasseville, M. (2007). *Critique épistémologique du concept de sous-culture* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal, Québec, Canada. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/7388/>
- Schim, S.M., Doorenbos, A. Z. et Borse, N.N. (2005). Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 354–360. Doi: 10.1111/j.1547-5069.205.00061
- Service interculturel collégial. (2013). *État de la situation de l'interculturel au collégial*. Saint-Laurent, Québec : Cégep de Saint-Laurent. Repéré à <https://www.cegepmontpetit.ca/static/uploaded/Files/Cegep/Centre%20de%20reference/Documents%20divers/Etat-de-la-situation-de-linterculturel-au-collegial.pdf>
- Simoneau, I., Ledoux, I. et Paquette, C. (2012). Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute fidélité dans le cadre de la formation collégiale en soins infirmiers. Sherbrooke, Canada : Rapport de recherche PAREA, Cégep de Sherbrooke. Repéré à : <https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/685/788254-simoneau-simulation-clinique-soins-infirmiers-sherbrooke-PAREA-2012.pdf?sequence=1>

Sterlin, C. (1993). Santé mentale et transculture : rendez-vous manqué ? *Santé mentale au Québec*, 18 (1), 303–306. doi : 10.7202/032261ar

Société canadienne de pédiatrie (2019). *L'influence de la culture sur la santé*. Toronto, Canada : Les soins aux enfants néo-canadiens et Société canadienne de pédiatrie. Repéré à : <https://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/influence>

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Montréal, Canada : Chenelière Éducation Inc

Tervalon, M. et Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence : A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, 117–125. doi: 10.1353/hpu.2010.0233

Thévenin, O. (2015). Publics, médias de masse et participation culturelle. Trois concepts interdépendants. Dans *Revue française des sciences de l'information et de la communication*. doi : 10.4000/rfsic.1541

Thiederman, S.B. (1986). Ethnocentrism : a barrier to effective health care. *Nurse Practitioner*, 11(8), 52–59. doi: 107575276

Tijerina, M.S. (2009). Mexican American women's adherence to hemodialysis treatment: a social constructivist perspective. *Social Work*, 54(3), 232–242. doi: 54.3.232

Transcultural C.A.R.E Associates. (2015). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*. Repéré à : <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>

Université de Sherbrooke (2015). *Guide de présentation du bloc recherche innovation et analyse critique de la maîtrise en enseignement au collégial*. Sherbrooke, Canada : Université de Sherbrooke.

Vacher, Y. (2011). La pratique réflexive. *Recherche et formation*. Repéré à : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/1133>

Viau, R. (2009). *La motivation à apprendre en milieu scolaire*. Montréal, Canada : Édition du renouveau pédagogique inc.

Ville de Montréal. (2017). *Population et démographie*. Montréal, Canada : Montréal en statistique. Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL_STATS_FR/MEDIA/DOCUMENTS/19_POPULATION%20ET%20D%C9MOGRAPHIE_26OCTOBRE2017_IMMIGRATION_AGGLO_RMR.PDF

White, B. W. et Gratton, D. (2017). L’atelier de situations interculturelles : une méthodologie pour comprendre l’acte à poser en contexte pluriethnique. *Alterstice*, 7 (1), 63–76. doi : 10.7202/1040612ar

Wilson, S. (2012). Multiculturalisme et transculturalisme : ce que peut nous apprendre la revue ViceVersa (1983-1996). *International Journal of Canadian Studies / Revue internationale d’études canadiennes*, (45-46), 261–275. doi : 10.7202/1009906ar

Zay, D. (2001). Penser le jeu interactif entre réflexion-pratique-partenariat : Questions et points de tensions. *Carrefours de l’éducation*, 12(2), 12-38. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2001-2-page-12.htm?contenu=bibliographie>

ANNEXE A. LES 22 COMPÉTENCES DU PROGRAMME DE SOINS INFIRMIERS 180.A0

- 01Q0 Analyser la fonction de travail.
- 01Q1 Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement.
- 01Q2 Composer avec les réactions et les comportements d'une personne.
- 01Q3 Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle.
- 01Q4 Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins.
- 01Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches.
- 01Q6 Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé.
- 01Q7 Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques.
- 01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier.
- 01Q9 Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique.
- 01QA Enseigner à la personne, à la famille et à ses proches.
- 01QB Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé.
- 01QC S'adapter à différentes situations de travail.
- 01QD Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants.
- 01QE Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie.
- 01QF Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession.
- 01QG Appliquer des mesures d'urgence.
- 01QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.
- 01QJ Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers.
- 01QK Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et chirurgie dans des services ambulatoires.
- 01QL Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.
- 01QM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

ANNEXE B. COMPÉTENCE 01Q6

Code : 01Q6

Objectif

Standard

Énoncé de la compétence

Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé.

Contexte de réalisation

- Dans le cadre légal de l'exercice de la profession.
- En se référant aux lois, aux politiques et aux mesures sociales et économiques en matière de santé.
- Dans des situations professionnelles variées.
- En collaboration avec des professionnelles et des professionnels.
- À partir de réflexions personnelles et d'échanges de vues avec des collègues.
- À l'aide d'ouvrages de référence.
- Dans le respect des règles de déontologie et des droits de la personne.

Éléments de la compétence

Critères de performance

- 1 Considérer le contexte social dans lequel s'inscrit sa pratique professionnelle.

- Prise en considération de la dimension sociale de la santé et de la maladie.
- Prise en considération de la nature et de l'organisation des soins et des services de santé offerts à une population.
- Reconnaissance des caractéristiques démographiques d'une population donnée.
- Reconnaissance des inégalités sociales en matière de santé.
- Reconnaissance de l'incidence des changements sociaux sur sa pratique professionnelle.

- 2 Tenir compte du contexte familial de la personne.

- Prise en considération des valeurs familiales auxquelles se réfère la personne.
- Prise en considération du type de famille dans laquelle vit la personne.
- Prise en considération des relations familiales.
- Prise en considération du rôle de la personne dans la famille et de la perception qu'elle en a.
- Vigilance quant aux risques ou aux signes de violence, de négligence ou de maltraitance.
- Recherche de liens possibles entre la situation de santé de la personne et le contexte familial.

Code : 01Q6	
3 Tenir compte des caractéristiques socioculturelles de la personne.	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en considération : <ul style="list-style-type: none"> – du style de vie de la personne; – de sa condition sociale; – de son appartenance ethnique, culturelle, religieuse, etc.; – de l'existence d'un ou de plusieurs problèmes dits « sociaux » (itinérance, marginalité, prostitution, toxicomanie, etc.). • Prise en considération des valeurs et des croyances de la personne. • Manifestation d'habiletés favorisant la communication et l'établissement d'un climat de confiance. • Appréciation des attitudes et des comportements de la personne relativement à la santé et à la maladie.
4 Évaluer ses attitudes et ses comportements par rapport à la diversité socioculturelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de ses réactions spontanées. • Examen de ses préjugés. • Appréciation juste de sa capacité relationnelle et de son ouverture d'esprit. • Détermination de moyens concrets visant l'amélioration de son interaction.

ANNEXE C. GRILLE COURS

1	Formation générale	9 h
	FRA-101 Écriture et littérature	2-2-3
	ÉDP-101 Activité physique et santé Complémentaire I	1-1-1 3-0-3
	Formation spécifique	21 h
	SIN-11D Rôle professionnel	3-1/0-2
	SIN-11E Intro en médecine et chirurgie	1-5/4-2
	BIO-801 Introduction au corps humain	2-2-2
	PSY-11C Développement humain I	2-1-2
15,0 unités		30 h

3	Formation générale	7 h
	FRA-103 Littérature contemporaine...	3-1-4
	PHI-102 L'être humain	3-0-3
	Formation spécifique	25 h
	SIN-33A Notions essentielles à la prat.inf.	6-2/0-4
	SIN-33B Pratique infirmière en médecine et chirurgie	0-0/11-3
	BIO-903 Le Corps humain II	4-2-4
	16,7 unités	32 h

5	Formation générale	7 h
	FRA-P24 Médias et communication	ou
	FRA-P14 Théâtre et communication	2-2-2
	ANG Anglais I	2-1-3
	Formation spécifique	21 ou 27 h
	SIN-44A Pratique infirmière en périnatalité &	3-1/5-3
	SIN-44B Pratique infirmière en pédiatrie ou	3-1/5-3
	SIN-55A Pratique infirmière en psychiatrie &	2-2/8-3
	SIN-55B Pratique infirmière en soins gériatriques	2-2/8-3
	SOC-970 Famille et réalités sociales liées à la santé	3-0-3
14,0 ou 16,0 unités		28 ou 34 h

2	Formation générale	11 h
	FRA-102 Littérature et imaginaire	3-1-3
	PHI-101 Philosophie et rationalité Complémentaire II	3-1-3 3-0-3
	Formation spécifique	22 h
	SIN-22A Fondements en médecine	2-1/5-2
	SIN-22B Fondements en chirurgie	1-2/4-2
	BIO-802 Le Corps humain I	2-2-3
	PSY-22C Développement humain II	2-1-2
17,0 unités		33 h

4	Formation générale	5 h
	ÉDP-102 Activité physique et efficacité	0-2-1
	PHI-P02 Éthique et politique	3-0-3
	Formation spécifique	22 ou 28 h
	SIN-44A Pratique infirmière en périnatalité &	3-1/5-3
	SIN-44B Pratique infirmière en pédiatrie ou	3-1/5-3
	SIN-55A Pratique infirmière en Psychiatrie &	2-2/8-3
	SIN-55B Pratique infirmière en soins gériatriques	2-2/8-3
	BIO-904 Microbiologie	2-2-2
	13,0 ou 15,0 unités	27 ou 33 h

6	Formation générale	5 h
	ÉDP-103 Activité physique et autonomie	1-1-1
	ANG Anglais II	2-1-3
	Formation spécifique	26 h
	SIN-66A Pratique infirmière en milieu ambulatoire	0-0/4-2
	SIN-66B Intégration de la pratique infirmière en médecine et chirurgie	4-0/15-3
	SOC-66C Aspects sociaux et culturels reliés à la santé	3-0-2
14,0 unités		31 h

Légende de pondération: par exemple, la pondération du cours Corps humain I (BIO-802) est de 2-2-3, cela signifie que l'étudiante aura en moyenne chaque semaine, 2 heures de théorie, 2 heures de travaux pratiques et 3 heures de travail personnel.

Lorsqu'un cours a une pondération de 4 chiffres comme c'est le cas du cours Pratique infirmière en périnatalité (SIN-44A) avec une pondération de 3-1/5-3, cela signifie qu'en moyenne chaque semaine, l'étudiante aura 3 heures de théorie, 1 heure de travaux pratiques, 5 heures de stage et 3 heures de travail personnel. La ligne diagonale sert à dissocier les travaux pratiques des stages.

ANNEXE D. LA MATRICE DES COMPÉTENCES

[illegible]

ANNEXE E. AUTORISATION DE LA DIRECTION DES ÉTUDES DU COLLÈGE DE MAISONNEUVE



Le 14 janvier 2020

Madame Ellis
mellis@cmaisonneuve.qc.ca

Bonjour Madame Ellis,

Nous avons pris connaissance de votre projet de recherche intitulé « Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : une recherche - intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au niveau collégial ». Nous participerons à ce projet une fois obtenue l'approbation éthique accordée par le Comité d'éthique du Collège de Maisonneuve. Nous vous informons d'ailleurs que la prochaine date de dépôt de projet à ce comité est le 17 février 2020. Vous trouverez toute l'information nécessaire en parcourant le lien suivant: <http://www.cmaisonneuve.qc.ca/recherche-innovation/recherche-avec-etres-humains/demande-dapprobation-ethique/>

Pour toute question concernant la démarche d'approbation éthique ou sur la collecte de données à venir, vous pouvez contacter Madame Katia Tremblay, conseillère pédagogique associée au dossier de la recherche ([REDACTED]) ou à l'adresse suivante : cer@cmaisonneuve.qc.ca).

Nous vous prions d'agréer, Madame Ellis, l'expression de nos sentiments distingués.

[REDACTED]

Guy Gibeau,
Directeur des études

c.c. : Mme Katia Tremblay, conseillère pédagogique

ANNEXE F. LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE RECHERCHE



Collège de
Maisonneuve

Comité institutionnel d'éthique de la recherche

Le 7 février 2020

Madame Mireille Ellis
Soins infirmiers
Collège de Maisonneuve

OBJET : Demande d'approbation éthique du projet de recherche « *Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : Une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et des étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au niveau collégial* »

Madame,

À la suite de votre demande d'approbation éthique auprès du Comité d'éthique de la recherche (CER) du Collège de Maisonneuve, je vous transmets, par la présente, la décision du comité concernant la recherche qui porte sur l'impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle.

Le Comité a fait une analyse attentive de l'ensemble des documents versés au dossier avant le 20 janvier 2020, ainsi que des documents déposés suite aux demandes de modifications.

L'examen de la demande a reposé sur les documents suivants :

- Formulaire complété de demande d'approbation éthique;
- Formulaire de consentement;
- Fiche d'information du participant;
- Formulaire d'engagement de confidentialité pour la recherche;
- Lettre d'invitation— Participation à la simulation;
- Sondage en ligne;
- Guide pour grille d'observation;
- Calendrier/planification;
- Guide d'entrevue semi-dirigée, groupe focalisé : Rencontre préparatoire
- Principes de simulation.

DÉCISION

Au terme de cette évaluation, le Comité d'éthique de la recherche du Collège de Maisonneuve rend la décision suivante : **acceptation**.

Veuillez noter qu'il est de la responsabilité des chercheurs d'informer immédiatement le Comité d'éthique de la recherche du Collège de Maisonneuve de tout changement au formulaire de consentement ou au protocole d'expérimentation ou, selon le cas, à la méthode de collecte ou de traitement des données. L'omission d'informer le Comité d'un changement peut entraîner l'annulation de l'approbation éthique. Les changements significatifs requerront la présentation d'une nouvelle demande de certification éthique.

Le certificat éthique est valide jusqu'au 7 février 2021.

Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec la coordination du CÉR.

Cordialement,

A rectangular box containing a solid black rectangle, used to redact the signature of the President of the research ethics committee.

Présidente du comité d'éthique de la recherche
Collège de Maisonneuve

ANNEXE G. ÉCHÉANCIER DE LA RECHERCHE AVANT MODIFICATIONS

Titre du projet	
Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme Soins infirmiers au niveau collégial.	
Objectif général	
Amélioration des connaissances en termes de développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au collégial.	
Objectifs spécifiques	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dresser le portrait de la problématique locale en relevant les dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture vécus par les étudiantes et les étudiants du programme de Soins infirmiers. 2. Créer des activités pédagogiques en utilisant les principes de la simulation par immersion clinique (breffage, action, débriefage) et répondant aux dimensions constitutives des incidents critiques liés à la culture les plus fréquemment vécus par les étudiantes et les étudiants. 3. Analyser le développement de la compétence culturelle de la population étudiante de soins infirmiers grâce à la pratique réflexive en situation de simulation et en stage. 	
Janvier 2020	
Dépôt du formulaire de demande de certification éthique au CÉR	20 janvier
Février 2020	
Envoi aux étudiants SIN de 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e session via Omnivox : LETTRE D'INFORMATION-Questionnaire <i>Voir outil 1 : Questionnaire en ligne</i> Et visite dans les classes au besoin (3h)	Fin février
Mars 2020	
Envoi des documents : FICHE D'INFORMATION DU PARTICIPANT et FORMULAIRE DE CONSENTEMENT aux étudiant(e)s SIN de 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e session ayant signifié leur intérêt à poursuivre leur participation. Rencontre pour le recrutement de l'échantillon : répondre aux questions des étudiant(e)s ayant signifié leur intérêt à participer aux activités pédagogiques et informer sur les principes de la simulation (1h) Recrutement de l'échantillon et Signature : étudiant(e)s SIN de, 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e session, faire signer les formulaires de consentement et de confidentialité	Début mars
Diagnostic empirique de la situation problématique Analyse des données du questionnaire (30 h)	Début à mi-mars
Écriture des scénarios de simulation : (15h) Création de l'outils de pratique réflexive en stage : (15h)	
Recrutement des acteurs pour la simulation : Faire signer les formulaires de consentement et de confidentialité (6h)	Mi-mars
Intervention et cueillette de données 1 : Entrevue semi-dirigée en groupe Courte présentation concernant la compétence culturelle infirmière. Brainstorming sur le concept de la culture en soins infirmiers, les habiletés infirmières à développer en contexte de diversité et sur les incidents critiques. Collecte de données : Facilitation, enregistrement du groupe de discussion. (2 heures)	Fin mars

Avril 2020	
<u>Intervention et cueillette de données 2 : Simulation en groupe 1 (dans un des laboratoires de soins infirmiers ou salle de simulation au collège de Maisonneuve)</u> Simulation qui sera déterminée sur la base des résultats du questionnaire sur les incidents critiques. Un acteur ou une actrice incarnera un(e) patient(e) ayant un bagage culturel différent. Les étudiantes et étudiants participants seront amenés à interagir avec le patient à l'intérieur d'une situation clinique. Chaque interaction sera vue par tous les participant(e)s. Collecte de données : Prise de notes, observation, facilitation et enregistrement audio des échanges (2 heures)	Début avril
<u>Intervention et cueillette de données 3 : Simulation individuelle dans la clinique SIN du collège de Maisonneuve)</u> Simulation où chaque participant(e) sera amené à interagir avec un acteur-patient ayant un bagage culturel différent à l'intérieur d'une situation clinique. Seule la chercheuse sera témoin de cette simulation. Suite au débriefage, la chercheuse expliquera l'outil stimulant la pratique réflexive que chaque étudiant aura à utiliser dans le cadre de leur stage. Collecte de données : Prise de notes, observation, facilitation et enregistrement (1 heure/étudiant(e))	D'avril à mai
Mai 2020	
<u>Intervention et cueillette de données 4 : Entrevue semi-dirigée individuelle</u> Avec l'outil stimulant la pratique réflexive, les étudiant(e)s discuteront de leur pratique réflexive en lien avec les expériences culturelles qu'ils auront vécues dans leur stage en milieu hospitalier. Collecte de données : Enregistrement audio d'une entrevue semi-dirigée (1h par étudiant)	Fin mai
Fin de la recherche	
Analyse/évaluation des données de la recherche-intervention Description des changements et des connaissances issus du projet Critique de l'intervention et recommandations	Début-mai à fin août

ANNEXE H. LETTRE D'INFORMATION-QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Montréal, février 2020

A/s Étudiantes et étudiants du programme de Soins infirmiers du collège de Maisonneuve de 4^e, 5^e et 6^e session

Bonjour à vous,

Je suis enseignante de Soins infirmiers au Collège de Maisonneuve depuis bientôt 7 ans, d'abord à la formation continue puis à la formation régulière. Je poursuis actuellement mes études universitaires et mon expertise se développe progressivement au niveau de l'impact de la diversité culturelle dans les services de soins de santé. Étant immigrante de deuxième génération et ayant grandi dans un quartier multiculturel de Montréal, les questions d'identité et de diversité ont toujours suscité chez moi un grand intérêt. Le rôle de l'infirmière et l'infirmier étant central pour réduire les disparités en santé reliées à la culture, j'ai décidé de diriger mes travaux de maîtrise dans l'optique de mieux vous préparer, les étudiantes et étudiants, à la réalité plurielle de la société québécoise en contexte de soins.

Je sollicite donc votre participation à mon projet de recherche visant le développement de la compétence culturelle infirmière dans le programme de Soins infirmiers au collégial.

La première étape méthodologique du projet consiste à compléter un **sondage en ligne** d'une durée de **15 min** environ, qui me permettra d'identifier les incidents critiques reliés à la culture que les étudiantes et étudiants du programme de Soins infirmiers vivent le plus fréquemment.

Le temps accordé pour répondre à ce sondage s'échelonne sur une période de deux semaines, soit du 10 février 2020 au 24 février 2020.

À la fin du sondage, une présentation des étapes subséquentes de la recherche sera faite et vous pourrez, à ce moment-là, signifier votre envie de poursuivre votre participation.

Instruction reliée au sondage :

- Cliquer sur le lien suivant afin d'avoir accès au sondage :
<https://collegedemaisonneuve.limequery.com/853299?lang=fr>

Cordialement,

Mireille Ellis, enseignante de soins infirmiers et chercheuse, Collège de Maisonneuve,
mellis@cmaisonneuve.qc.ca

N. B. : Prenez note que votre participation se fait sur une base libre, volontaire et qu'aucune compensation ne sera offerte pour votre participation. Les données obtenues grâce à ce sondage seront traitées de manière confidentielle et utilisées uniquement dans le cadre de cet essai.

ANNEXE I. QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Ce sondage inclut des questions à choix multiples et une question à développement, il vous faudra environ 15 minutes pour le compléter.

Bonjour à vous,

Je vous remercie de votre précieuse collaboration, sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Ce sondage porte sur les incidents critiques culturels vécus par vous, étudiantes et étudiants du programme de Soins infirmiers au collège de Maisonneuve.

Les incidents critiques culturels sont nombreux dans le domaine de la santé et de l'éducation et s'échelonnent sur un continuum de complexité. Ils peuvent être reliés à des préjugés et nourris par des stéréotypes ou être simplement symptomatiques d'une absence de connaissances et d'aptitudes culturellement inclusives dans le domaine de la santé.

Un incident critique consiste donc en un écart ou une incompréhension entre deux réalités.

Ayant chacun votre propre bagage culturel et identité, vous êtes confrontés pendant votre parcours scolaire à des personnes culturellement différentes de vous.

Première partie : Confidentialité et Consentement

Toutes les données recueillies lors du sondage seront traitées de manière confidentielle. L'utilisation du questionnaire via LimeSurvey permet d'assurer la confidentialité, puisqu'en aucun temps vous n'avez à inscrire votre nom.

Avant de répondre aux questions, vous devez vous assurer de répondre aux critères suivants :

- Avoir 18 ans et plus.
- Être une étudiante ou un étudiant du programme de Soins infirmiers au Collège de Maisonneuve.
- Avoir complété votre troisième session du programme de Soins infirmiers.

En cliquant sur le bouton « J'accepte », j'atteste :

- Avoir lu la lettre d'information et répondre aux critères mentionnés ci-dessus ;
- Consentir volontairement et librement à participer à cette étape du projet de recherche.

[BOUTON J'ACCEPTÉ]

Deuxième partie : Données sociodémographiques

- À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?
 - 18 à 20 ans
 - 21 à 25 ans
 - 26 à 30 ans
 - 31 à 35 ans
 - 36 ans et plus
- À quel genre vous identifiez-vous ?
 - Femme
 - Homme
 - Non-genré
 - Refus de répondre
- Êtes-vous nés au Québec ?
 - Oui
 - Oui, mais au moins un de mes parents est né ailleurs qu'au Québec.
 - Non
- D'après vous, appartenez-vous à une minorité culturelle au Québec ?
 - Oui, préciser : _____
 - Non
- Vous faites votre technique de soins infirmiers au :
 - Cheminement régulier
 - Cheminement accéléré
- Vous êtes actuellement à votre :
 - 4^e session
 - 5^e session
 - 6^e session

Troisième partie : Les incidents critiques vécus au cégep

Que vous soyez en cours théoriques ou en laboratoires, il peut arriver parfois que vous viviez certains écarts culturels avec d'autres personnes.

*Les questions qui suivent portent uniquement sur ce qui se passe à l'intérieur de vos **cours de soins infirmiers et des disciplines contributives** (biologie, microbiologie, sociologie et psychologie), mais excluent tous les cours de la formation générale (français, anglais, etc.).*

Avez-vous déjà été **directement impliqué** dans un ou des incidents critiques liés à la culture dans le cadre de votre formation infirmière **au collège** ?

Oui
Non

- Si oui :

- D'après vous, quelles étaient les raisons de ces incidents critiques culturels ?
 - Conflit de valeurs
 - Problème de communication
 - Préjugés et stéréotypes
 - Absence de connaissances
 - Différences générationnelles
 - Autres : _____
- Nommez toutes les autres personnes impliquées dans ces incidents critiques.
 - Un ou une collègue (étudiant ou étudiante)
 - Une enseignante ou un enseignant
 - Une technicienne de laboratoire
 - Une coordonnatrice du programme de soins infirmiers
 - Autre : _____
- Vous êtes-vous confiés à quelqu'un ?
 - À un ou une collègue
 - À une enseignante ou un enseignant
 - À une technicienne de laboratoire
 - À une coordonnatrice du programme de soins infirmiers
 - Autre : _____
 - Je ne me suis pas confié(é)

Quatrième partie : Les incidents critiques vécus en stage

*Les questions qui suivent portent uniquement sur les incidents critiques culturels vécus à l'intérieur de vos **stages de soins infirmiers**, que ce soit en milieu clinique ou hospitalier.*

Avez-vous déjà été **directement impliqué** dans un ou des incidents critiques liés à la culture dans le cadre de vos stages ?

Oui

Non

- Si oui :

- D'après vous, quelles étaient les raisons de ces incidents critiques ?
 - Conflit de valeurs
 - Problème de communication
 - Préjugés et stéréotypes
 - Absence de connaissances
 - Différences générationnelles
 - Autre : _____
- Nommez toutes les autres personnes impliquées dans ces incidents critiques.
 - Avec un ou une collègue (étudiant ou étudiante)
 - Avec votre enseignante ou enseignant en stage
 - Avec une infirmière ou un infirmier
 - Avec le patient ou sa famille
 - Avec un autre professionnel : médecin, physiothérapeute, inhalothérapeute, etc.
 - Avec un ou une préposée aux bénéficiaires
 - Avec l'entretien ménager
 - Avec le ou la commis à l'accueil
 - Autre : _____

- Vous êtes-vous confiés à quelqu'un ?
 - À un ou une collègue
 - À votre enseignante ou enseignant en stage
 - À l'infirmière ou l'infirmier
 - À une autre enseignante ou enseignant
 - À une coordonnatrice du programme de soins infirmiers
 - Autre : _____
 - Je ne me suis pas confié(e)

Cinquième partie : Témoin d'incidents critiques culturels

*Les questions qui suivent concernent uniquement les incidents critiques culturels que vous avez pu **observer chez les autres** dans votre formation infirmière.*

Avez-vous déjà **été témoin** d'incidents critiques liés à la culture dans le cadre de votre formation infirmière **au collège ou en stage** ?

Oui

Non

Si oui :

- D'après vous, quelles étaient les raisons de ces incidents critiques ?
 - Conflit de valeurs
 - Problème de communication
 - Préjugés et stéréotypes
 - Absence de connaissances
 - Différences générationnelles
 - Autre : _____
- Nommez toutes les personnes impliquées dans ces incidents critiques :
 - Un étudiant ou étudiante de soins infirmiers
 - Une enseignante ou enseignant de soins infirmiers
 - Une technicienne de laboratoire
 - Une infirmière ou un infirmier
 - Un patient ou sa famille
 - Un professionnel de santé : médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, inhalothérapeute, etc.
 - Un ou une préposée aux bénéficiaires
 - L'entretien ménager
 - Le ou la commis à l'accueil
 - Autre : _____

Sixième partie : Description d'un incident critique culturel

Vous êtes invités à décrire l'incident critique lié à la culture qui vous a le plus marqué depuis le début de votre formation infirmière.

Par respect pour les personnes impliquées et pour maintenir le caractère confidentiel des données, il serait apprécié que vous n'écriviez pas de nom. (ex : élève A et patient X)

Description :

Si l'écriture de l'incident critique vous rend émotif et que vous sentez le besoin d'en parler à un spécialiste, voici deux ressources disponibles pour vous :

Ressource interne :

Services psychosociaux du Collège de Maisonneuve

- En personne : local D-3608D, du lundi au vendredi entre 8 h et 18 h 30
- Par téléphone : 514 254-7131, poste 4175

Ressource externe :

Centre de crise Le Transit (desservant la sous-région Centre-Est de Montréal)

- Service gratuit (soutien téléphonique, suivi de crise, service de référence, etc.)
- 24 heures par jour et 7 jours par semaine
- 514-282-7753

Septième partie : Présentation des prochaines étapes de la recherche

Les prochaines étapes de la recherche se feront au Collège de Maisonneuve durant la session H2020 (et É2020 pour la formation continue). La chercheuse vise un maximum de 6 étudiants auprès desquels elle colligera les données. Au travers de quatre rencontres comprenant deux simulations en immersion clinique, de groupes de discussion et d'entrevues, la chercheuse souhaite faire développer la compétence culturelle infirmière chez les participants. Ces activités visent l'acquisition de nouvelles connaissances et d'aptitudes infirmières culturellement inclusives, en plus de vous faire prendre conscience de votre pratique réflexive en contexte de diversité.

Si vous êtes intéressées à poursuivre votre participation ou à en savoir davantage, veuillez contacter la chercheuse, Mireille Ellis, au mellis@cmaisonneuve.qc.ca ou me laisser ici votre adresse email, afin que je prenne contact avec vous. Sachez qu'une rencontre sera faite avant le recrutement pour répondre à vos questions.

Encore une fois, merci d'avoir complété ce sondage.

ANNEXE J. FICHE D'INFORMATION DU PARTICIPANT

Bonjour à vous,

Ayant signifié votre intérêt à poursuivre votre participation à la recherche, je vous invite à lire attentivement les informations contenues dans ce document afin que vous compreniez le but de la recherche et ce qu'elle impliquera. Prenez en note vos questions et vos besoins de clarification, nous en reparlerons lors de la rencontre faite avant le recrutement.

Titre du projet de recherche : *Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au niveau collégial.*

1. Quel est l'objectif du projet ?

Ce projet vise à l'amélioration des connaissances en termes de développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au collégial.

2. Quels seront les participants choisis ?

Les participants visés par la recherche sont les étudiants (4^e, 5^e et 6^e session) inscrits au programme de Soins infirmiers au Collège de Maisonneuve de la formation régulière et continue. Un maximum de 6 étudiants sera choisi. Vous ne pouvez toutefois pas faire partie des étudiants qui iront en stage avec la chercheuse à la session H2020. Dans le cas où le nombre de répondants dépassent le nombre de participants souhaités, la chercheuse tentera de représenter au mieux la population du programme SIN dans sa diversité. Les participants seront choisis de façon aléatoire en considérant certains critères comme le genre, leur cheminement et leur origine.

3. Qu'est-ce que votre participation implique ?

La recherche se divise en quatre étapes.

La première consiste en un groupe de discussion où vous échangerez vos idées concernant le concept de la culture en soins infirmiers, les habiletés infirmières à développer en contexte de diversité et sur les incidents critiques (2h).

Pour la deuxième étape, vous serez amenés à participer à une simulation en groupe. Un acteur incarnera un patient ayant un bagage culturel différent et vous aurez à interagir à tour de rôle avec lui à l'intérieur d'une situation clinique. Un groupe de discussion suivra la simulation (2h).

La troisième étape est quasi identique à la deuxième, mais elle consiste en une simulation faite de manière individuelle. Vous aurez aussi à partager votre expérience après la simulation à l'intérieur d'une entrevue faite avec la chercheuse (1h).

Finalement, la dernière étape se fera sous forme d'entrevue individuelle où vous aurez à discuter de l'impact des connaissances acquises lors de la 1^{ère}, 2^e et 3^e étapes de la recherche sur votre pratique infirmière en stage (1h).

Notez qu'à chaque étape, la chercheuse prendra des notes et enregistrera les discussions. Les dates des différentes étapes de la recherche sont à confirmer avec vos disponibilités. La chercheuse vise toutefois que les trois premières étapes soient terminées avant le mois de mai.

4. Dois-je participer ?

Votre participation est entièrement volontaire. C'est à vous de décider si vous voulez participer. La chercheuse décrira l'étude, expliquera les principes de la simulation et répondra à vos questions lors de la rencontre pré-recrutement. Si vous êtes choisis, la chercheuse vous demandera alors de signer un formulaire de consentement éclairé pour attester que vous avez accepté de participer.

5. Dépenses et paiements ?

Vous ne recevrez aucune indemnité ou compensation financière à prendre part à la recherche.

6. Quels sont les inconvénients et risques à participer ?

Les **risques** possibles pour vous sont **minimaux**, toutefois, le contexte de simulation en groupe et individuel peut parfois être stressant, car vous serez observés par les autres participants ou uniquement par la chercheuse. La simulation en groupe permet à tous d'être témoin des bons et des moins bons coups de chaque participant. La période de discussion qui suit la simulation permet aux participants d'échanger sur l'expérience vécue et stimulent la construction des connaissances et enrichissent la pratique. Il faut noter que la chercheuse veillera particulièrement à créer un climat de confiance où l'apprentissage, la collaboration et la bienveillance seront au cœur de toutes interventions et de tous les échanges. Si toutefois il arrivait que vous ayez besoin d'un support supplémentaire, la chercheuse pourra alors vous référer à des ressources au collège ou des ressources externes. Tout dépendant de l'horaire des participants, le temps dédié à la collaboration à la recherche pourrait être un inconvénient.

7. Quels sont les avantages potentiels à participer ?

Vous aurez l'opportunité d'élargir votre pratique infirmière en vivant deux expériences cliniques simulées qui vous permettront d'explorer et d'identifier vos habiletés culturelles infirmières ainsi que de prendre conscience de vos propres défis par rapport à la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle.

8. Qu'en est-il de la confidentialité ?

Tous les participants y compris les acteurs incarnant des patients auront à signer un formulaire de confidentialité. Par contre, comme les participants seront présents ensemble lors du groupe de discussion et de la simulation de groupe, leur anonymat ne sera pas préservé au sein du groupe.

De plus, bien que tous les participants aux simulations de groupe aient signé une entente de confidentialité, la chercheuse responsable de cette étude ne peut garantir la confidentialité des propos tenus par les participants lors de ces rencontres.

Les **données** issues des observations et des enregistrements seront colligées et traitées de manière **anonyme et confidentielle**. Seule la chercheuse aura accès aux données. Vos noms seront modifiés

lors de l'organisation des données. Celles-ci seront sécurisées sur l'ordinateur de la chercheuse qu'elle laissera chez elle. Un mot de passe connu d'elle seule lui permettra d'être l'unique utilisatrice. Tous documents papiers seront conservés dans un classeur fermé à clé. Toutes les données seront détruites de façon sécuritaire, au plus tard cinq ans après la fin de la recherche.

Votre consentement à participer implique également que vous acceptez que les résultats de cette recherche puissent être publiés dans des revues professionnelles ou présentés à l'occasion de conférences. Il est à noter qu'aucune donnée partagée ne pourra violer la confidentialité individuelle de chaque participant.

9. Que se passera-t'il si je ne poursuis pas l'étude ?

Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification. Si vous le désirez, les données collectées de manière individuelle pourront être supprimées de la recherche, toutefois, les données colligées lors du groupe de discussion et de la simulation de groupe ne pourront être effacées.

10. Qui organise ou sponsor cette étude ?

Aucun sponsor. La chercheuse organise cette étude.

11. Pour plus d'information et coordonnées

Si vous souhaitez plus d'informations sur la recherche ou si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à me contacter par email mellis@cmaisonneuve.qc.ca

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, recevez mes salutations distinguées,

Mireille Ellis, Enseignante de soins infirmiers et chercheuse, Collège de Maisonneuve

ANNEXE K. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Titre du projet de recherche : *Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au niveau collégial.*

Chercheuse : Mireille Ellis

Veuillez remplir et signer ce formulaire après avoir lu et compris la fiche d'information de l'étude. Lisez les instructions suivantes et sélectionnez « oui » ou « non » dans la zone de droite.

- | | |
|---|--|
| 1. Je confirme avoir lu et compris la fiche d'information de l'étude pour l'étude ci-dessus. J'ai eu l'occasion d'examiner l'information et de poser des questions auxquelles la chercheuse a répondu de manière satisfaisante. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |
| 2. Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans inconvénient d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la chercheuse. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |
| 3. Si je décide de me retirer, je comprends que les données colligées en entrevue et simulation de groupe, ne seront pas détruites. Je peux me retirer librement à n'importe quel stade de l'étude. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |
| 4. J'accepte de participer en prenant part aux quatre étapes de la recherche. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |
| 5. Je comprends que les activités en groupe doivent se faire dans une optique d'apprentissage où le respect et la collaboration sont de mise. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |
| 6. Je comprends que mes données rendues anonymes seront utilisées dans le rapport de recherche, un article publié et des conférences. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |
| 7. J'accepte de participer à cette étude. | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Oui <input type="checkbox"/></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Non <input type="checkbox"/></div> |

Nom du participant

Date

Signature

Nom de la chercheuse

Date

Signature

Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour toute communication éventuelle et remettre le second à la chercheuse.

ANNEXE L. FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Le développement de la compétence culturelle dans le programme de Soins infirmiers au collégial

Attendu que l'ensemble des travaux et des expériences cliniques entourant le développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et étudiants du programme de Soins infirmiers au collégial implique des considérations éthiques à respecter en matière de confidentialité ; le présent document se veut un engagement quant à la confidentialité requise pour exercer ses fonctions au sein du projet.

ENGAGEMENT

Par la présente, je, _____

(nom en lettres moulées), m'engage à ne pas dévoiler les informations, renseignements ou tout autre élément qui pourraient être portés à ma connaissance lors de la réalisation des différents travaux du projet. Cet engagement implique l'interdiction de partager avec quiconque qui n'a pas participé au projet :

- 1- les scénarios développés pour la simulation clinique ;
- 2- le contenu des observations et réflexions émises lors des entrevues semi-dirigées de groupe focalisé et de celles lors des entrevues individuelles ;
- 3- toute information permettant de reconnaître une personne ayant participé à la recherche (nom, lieu de formation, caractéristiques personnelles, etc.) ;

Advenant un manquement face cet engagement de confidentialité, la personne concernée sera exclue des travaux ultérieurs.

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le _____ 2020.

Signature du participant ou la participante ou des collaborateurs (acteur ou actrice)

Personne responsable du projet

Mireille Ellis, chercheuse et enseignante, Collège de Maisonneuve, mellis@cmaisonneuve.qc.ca

ANNEXE M. GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE EN GROUPE

Rencontre préparatoire à la simulation (pré-breffage)

Introduction

-À tour de rôle, décrivez-moi votre culture ?

-Éléments qui ressortent de ce partage ?

1. Concept de culture

-De quoi s'agit-il quand on parle de culture ? (Ethnicité, religion, coutumes et traditions, âge, orientation sexuelle, la langue, scolarité, etc...)

2. Incidents critiques liés à la culture

-Description des résultats du questionnaire en ligne.

-Êtes-vous surpris ? Pourquoi ?

-Avez-vous déjà vécu un incident critique lié à la culture à l'intérieur de votre formation en soins infirmiers ? Si oui, pouvez-vous nous le raconter ?

3. Habiletés infirmières en contexte de diversité

-Décrivez-moi les habiletés infirmières qui vous semblent les plus utiles en contexte de diversité ?

-Décrivez-moi les raisons qui pourraient freiner le développement de la compétence culturelle infirmière ?

3. Compétence culturelle

- Description de la compétence culturelle et de son évolution dans le temps.

- Description de l'humilité culturelle et de la sécurité culturelle.

Fermeture de l'entrevue

- Pensez-vous être formés adéquatement à cette compétence dans le cadre de votre formation actuelle ? (Cours soins, psycho, socio, bio)
- Quels conseils donneriez-vous à une enseignante de soins infirmiers qui souhaiterait faire développer la compétence culturelle chez ses étudiantes et étudiants ?
- Avez-vous des questions ?

ANNEXE N. GUIDE : GRILLE D'OBSERVATION ET DÉBRIEFAGE EN SIMULATION ET ENTREVUE INDIVIDUELLE SELON LES TROIS NIVEAUX

Niveau 1 (simulation 1)	Niveau 2 (simulation 2)	Niveau 3 (stage)
S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle	Mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle	Réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle
Construire la relation avec l'autre		
Objectifs : Perçoit un écart entre sa pratique et le patient Démontre de l'ouverture Prend conscience de l'importance de la communication	Objectifs : Découvre des points communs entre lui et le patient Se centre sur le patient Recourt à une variété de stratégies de communication	Objectifs : Intègre la différence dans sa relation avec le patient Établit un partenariat avec le patient Communique avec discernement
Exemples d'observation possible : <ul style="list-style-type: none"> - Est à l'écoute, prend en considération le point de vue du patient - Tente de communiquer par des gestes - Si le patient ne parle pas français, utilise l'anglais comme langue de communication - S'adresse à l'interprète plutôt qu'au patient 	Exemples d'observation possible : <ul style="list-style-type: none"> - Pose des questions pour mieux comprendre la réalité de l'autre - Utilise des mots de la langue d'origine du patient - Utilise plusieurs outils de communication (application de traduction, soutien visuel, interprète) - Adapter sa communication selon le patient (ex. : prend son temps, fait des phrases courtes, validation) 	Entrevue semi-dirigée : Sujets abordés <ul style="list-style-type: none"> - Quelles ont été les plus grandes différences culturelles rencontrées dans le cadre de ton stage? - Au fil du stage, les différences culturelles étaient-elles plus facilement intégrables dans ta pratique? - Partenariat établi ? Compromis culturels? Limites professionnelles? - Adapter sa pratique selon les besoins patient(e)s rencontré(e)s? validation? - Communication (discernement, difficultés)? - Reconnaître les besoins de patient culturellement différent de toi sans que ces besoins soient nommés.
Débriefage : <ul style="list-style-type: none"> - Émotions vécues - Introspection sur leur propre culture* - Nouvelles perspectives sur la santé et maladie - Techniques utilisées pour établir un climat de confiance - Difficultés de communication - Rôles et limites des interprètes en contexte clinique et hospitalier 	Débriefage : <ul style="list-style-type: none"> - Émotions vécues - Capable d'identifier des points communs entre le patient et lui-même - Nouveaux apprentissages - Identifie des préjugés, préconceptions - Techniques utilisées pour établir une relation d'aide/confiance, différentes de la première simulation? - Techniques de communication utilisées, différentes de la première simulation? 	

Niveau 1 (simulation 1)	Niveau 2 (simulation 2)	Niveau 3 (en stage)
S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle	Mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle	Réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle
Sortir du cadre habituel de pratique		
Objectifs : Prend conscience des défis entourant les soins en contexte de diversité culturelle Prend conscience des limites structurelles	Objectifs : Prend en considération l'environnement du patient dans ses soins Compose avec les limites structurelles	Objectifs : Considère le patient et l'infirmière comme partie intégrante d'un système dynamique Déjoue les limites structurelles en s'engageant dans son développement professionnel
Exemples d'observation possible : <ul style="list-style-type: none"> - Démontre une incertitude dans ses interventions (par manque de connaissances de la culture de l'autre) 	Exemples d'observation possible : <ul style="list-style-type: none"> - Adapte sa pratique selon l'environnement du patient (ex. : port d'objets religieux, pratique culturelle) - Répond aux besoins spécifiques du patient - Crée des outils adaptés à la personne - Pousse l'évaluation hors du cadre habituel pour faire ressortir des besoins non exprimés 	Entrevue semi-dirigée : Sujets abordés <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est ta compréhension sur l'influence des éléments politiques et sociaux sur les soins et la santé? - Qu'est-ce qui te manque pour accompagner un patient au bagage culturel différent? - Les activités liées à la recherche ont-elles enrichies ta pratique infirmière? Oui, comment? - Formation continue? - Quelle a été l'activité la plus significative pour toi?
Débriefage : <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt pour élargir ses connaissances sur les cultures. (lectures, collègues, etc.) - Partage d'incidents critiques reliés à la culture vécus en stage. - Les soins, la santé et la maladie sont-ils abordés de manière holistique, culturellement inclusifs?* - Défis structurels (Temps, chambre à 4 patients) 	Débriefage : <ul style="list-style-type: none"> - Que mettrais-tu en place pour s'assurer que le patient reçoive des soins optimaux sur chaque quart de travail? - À quels types de ressources le réfèrerais-tu? 	

Niveau 1 (simulation 1) S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle	Niveau 2 (simulation 2) Mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle	Niveau 3 (en stage) Réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle
Réinventer sa pratique dans l'action		
Objectifs : Prend conscience de l'écart entre la théorie et la pratique Imiter l'approche de collègues plus expérimentés	Objectifs : Prendre le risque de changer Crée son modèle de pratique	Objectifs : Agit au bon moment - Utilise ses connaissances pour agir au bon moment, de manière efficace et répondant aux besoins de soins Intègre son modèle dans sa pratique
Exemples d'observation possible : - Approche de soin prudente et non risqué. - Utilise certaines approches de collègues qui sont passés avant lui ou elle dans la simulation.	Exemples d'observation possible : - Change de méthode en cours d'intervention - Ose de nouvelles interventions de soins	Entrevue semi-dirigée : Sujets abordés - Intègres-tu un peu plus ton modèle idéal d'infirmière en contexte de diversité? (Nouvelles aptitudes culturellement inclusives selon sa vision partagée lors du débriefage niveau 2) - Quels ont été les moments où tu as eu l'impression que ta pratique infirmière était culturellement efficace? - Exemple : - Saisir chaque occasion pour interagir avec les personnes à l'intérieur de situations culturelles
Débriefage : - Peur de faire des faux-pas culturels? - Êtes-vous capables de me nommer certains écarts entre la théorie et la pratique et les exigences du milieu? - Avez-vous des infirmières, collègues ou enseignantes qui seraient pour vous des modèles en contexte pluriculturel?	Débriefage : - Quels risques avez-vous pris dans cette simulation? - Quelles sont tes forces et tes défis contexte de diversité culturelle ? - À quoi voudrais-tu ressembler comme infirmière en contexte de diversité culturelle? - Comment peux-tu y arriver?	

ANNEXE O. SCÉNARIO #1



TITRE DU SCÉNARIO
Enseignement à distance de la médication en contexte pluriculturel
NIVEAU DE FORMATION SOUHAITÉ
Deuxième année
MEMBRE(S) DU COMITÉ DE RÉDACTION
Mireille Ellis Nathalie Castonguay Création du scénario le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
MEMBRES DU COMITÉ DE VALIDATION
Stéphanie Bérubé Katia Hilary Scénario validé le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Correctifs apportés le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
MEMBRES DU COMITÉ DE RÉVISION
Nil Scénario révisé le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.



Scénario_ *Enseignement à distance de la médication en contexte pluriculturel, Silva Antonela*

© Stéphanie Bérubé, Département de Soins infirmiers, Collège de Maisonneuve, H2020, d'après Canevas de scénario conçu et adapté par Viviane Fournier, M.Éd. (2013) pour Éducation Montréal. Version adaptée 2018 pour le cours PED-890, Université de Sherbrooke.

PARTIE 2. INFORMATIONS PÉDAGOGIQUES DU SCÉNARIO DE SIMULATION

TITRE DU SCÉNARIO
Enseignement à distance de la médication en contexte pluriculturel
DURÉE DES SÉANCES DE SIMULATION
15 minutes
RÉSUMÉ DU SCÉNARIO
<p>Plusieurs contextes peuvent amener les infirmières et infirmiers à faire de l'enseignement ou des suivis à distance, en période de pandémie ou pour des patientes et patients vivant en régions éloignées, par exemple.</p> <p>Le scénario consiste donc à simuler un enseignement à distance d'une nouvelle médication prise par un ou une patiente ayant un bagage culturel différent.</p> <p>Scénario de l'apprenant(e) :</p> <p>Madame Silva est âgée de 90 ans, elle est connue pour HTA, dyslipidémie et diabète de type 2. Son médecin lui a prescrit du Gliburide (Diabéta) en plus de son Metformin (Glucophage).</p> <p>Vous travaillez au CLSC, vous avez un enseignement virtuel de planifier avec Madame Silva et son interprète sur sa nouvelle médication.</p>
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE
<p>1) PRODIGUER UN ENSEIGNEMENT CULTURELLEMENT ADAPTÉ DURANT TOUTE LA PÉRIODE DE SIMULATION.</p> <p>2) ADOPTER UN SAVOIR-ÊTRE (ATTITUDE) CULTURELLEMENT INCLUSIF DURANT TOUTE LA PÉRIODE DE SIMULATION.</p> <p>3) S'ENGAGER DANS UNE PRATIQUE RÉFLEXIVE SUR LES DÉFIS D'UNE SOCIÉTÉ PLURIELLE EN CONTEXTE DE SOINS INFIRMIERS LORS DU DÉBREFFAGE.</p>

PRINCIPALE COMPÉTENCE À DÉVELOPPER		
Compétence culturelle infirmière (taxonomie de bloom)		
ÉLÉMENTS DE COMPÉTENCE CIBLÉS SELON NIVEAU DE COMPLEXITÉ DE LA COMPÉTENCE ET COMPORTEMENTS ATTENDUS		
Niveau 1 : S'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle		
Construire sa relation avec l'autre	Est à l'écoute, prend en considération le point de vue du patient.	
	Tient compte des différences telles que la culture, la langue maternelle, le degré de compréhension du français.	
	Tente de s'adresser au pt dans une autre langue si le patient ne parle pas français (ex. : l'anglais ou la langue du pt si l'étudiant la connaît)	
	S'adresse au patient et à l'interprète.	
<i>Construire sa relation avec l'autre (Débreffage)</i>	<i>Identifie les techniques de communication utilisées pour établir un climat de confiance.</i>	
	<i>Identifie les difficultés ressenties par rapport à la communication ainsi que les atouts et limites des interprètes en contexte clinique.</i>	
Sortir du cadre habituel de pratique	Démontre une incertitude dans ses interventions (par manque de connaissances de la culture de l'autre).	
<i>Sortir du cadre habituel de pratique (Débreffage)</i>	<i>Identifie certains défis structurels rencontrés lors de la simulation (temps).</i>	
Réinvente sa pratique dans l'action	Approche de soin prudente et non risqué.	
Niveau 2 : Mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle		
Construire sa relation avec l'autre	Démontre une curiosité par rapport à la culture, la réalité de l'autre en posant des questions.	
	Utilise des mots de la langue d'origine du patient.	
	Utilise plusieurs outils de communication.	
	Adapte sa communication (phrases courtes, prend son temps, valide).	
<i>Construire sa relation avec l'autre (Débreffage)</i>	<i>Identifie des nouveaux apprentissages.</i>	
	<i>Identifie des points communs entre le patient et lui-même.</i>	
	<i>Identifie ses préconceptions, préjugés.</i>	
Sortir du cadre habituel de pratique	Adapte sa méthode d'enseignement en cours de route.	
	Répond aux besoins spécifiques du patient.	
	Pousse l'évaluation hors du cadre habituel pour faire ressortir des besoins non exprimés.	
	Vérifie avec l'interprète s'il a remarqué quelque chose de pertinent.	
	Crée ou discute d'outils adaptés aux besoins de la personne.	
<i>Sortir du cadre habituel de pratique (Débreffage)</i>	<i>Identifie un type de ressources qui serait pertinente pour le patient.</i>	
	<i>Est capable d'identifier des mesures à mettre en place pour assurer que le patient prenne sa médication de manière sécuritaire.</i>	
Réinvente sa pratique dans l'action	Propose des solutions innovantes (trouver une solution adhérent à l'horaire de prise de glycémie).	
Réinvente sa pratique dans l'action (Débreffage)	<i>Identifie ses forces et les points à améliorer en contexte pluriculturel.</i>	

AUTRE(S) COMPÉTENCES PARTICULIÈRE(S) À DÉVELOPPER

01QA - Enseigner à la personne et à ses proches

Élément 1. Déterminer les besoins et les attentes en matière d'information et d'apprentissage

- Détermine et précise avec la personne ou les personnes la nature des besoins d'apprentissage, les attentes et les connaissances actuelles.
- Repère les facteurs pouvant influencer l'apprentissage.

Élément 4. Donner de l'enseignement sur une base individuelle

- Crée et maintient un climat propice à l'apprentissage en ayant une attitude chaleureuse et respectueuse.
- Explique et précise les objectifs d'enseignements.
- Prodigue l'enseignement en s'adaptant continuellement à l'état et aux besoins immédiats de la personne.
- Valide les apprentissages prodiguer à la personne.

Élément 6. Évaluer les résultats de l'activité

- Évalue judicieusement ses habiletés à transmettre de l'information et à enseigner.

01Q6 - Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé

Élément 3. Tenir compte des caractéristiques socioculturelles de la personne

- Prend en considération du style de vie de la personne ; de sa condition sociale ; de son appartenance ethnique, culturelle, religieuse, de ses valeurs et ses croyances.
- Manifeste des habiletés favorisant la communication et l'établissement d'un climat de confiance.
- Apprécie les attitudes et les comportements de la personne relativement à la santé et à la maladie.

Élément 4. Évaluer ses attitudes et ses comportements par rapport à la diversité socioculturelle

- Identifie et évalue ses réactions spontanées.
- Apprécie de manière juste sa capacité relationnelle, son ouverture d'esprit, ses préjugés, etc.
- Nomme des moyens concrets visant l'amélioration de son interaction.

CONNAISSANCES PRÉALABLES À LA RÉALISATION DU SCÉNARIO

CONNAISSANCES DÉCLARATIVES (SAVOIRS)	CONNAISSANCES PROCÉDURALES (SAVOIR-FAIRE)
Aide-Mémoire à l'intention de professionnels de la santé : Pour travailler efficacement avec un interprète Enseignement de la médication	Plan d'enseignement

RÉFÉRENCES ASSOCIÉES

Skidmore-Roth, L. (2016). *Guide des médicaments*. Montréal, Canada : Chenelière Éducation Inc., p.503 à 505

Gouvernement du Québec. (2013). *Pour travailler efficacement avec un interprète*. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Lien : <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/pour-travailler-efficacement-avec-un-interprete/>

Phaneuf, M. (2005). Enseigner pour soigner. *Prendre de soins*, (s.l.).

Lien : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Enseigner-pour-soigner.pdf>

PARTIE 3. FICHE DE PRÉPARATION DU PATIENT(E) ET DE L'ENVIRONNEMENT

** Inscrire les éléments désirés dans le scénario et supprimer les lignes inutilisées.*

IDENTIFICATION DU PATIENT(E)
<p>Nom et prénom : Silva Antonela</p> <p>Date de naissance : 1930.02.01</p> <p>Type de patient(e) : Comédien(ne)</p>
PROGRAMMATION INITIALE DU SIMULATEUR : (NIL)
<p>Signes vitaux — <input type="checkbox"/> TA : <input type="checkbox"/> Pouls : <input type="checkbox"/> Resp. : <input type="checkbox"/> T° : <input type="checkbox"/> SPO₂ : <input type="checkbox"/> Gluco :</p> <p>Poumons —</p> <p>Cœur —</p> <p>Abdomen —</p>
ÉLÉMENTS REQUIS AU DOSSIER-PATIENT
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Plan de soins <input type="checkbox"/> Feuille administration des médicaments (FADM) <input checked="" type="checkbox"/> Plan thérapeutique infirmier (PTI) </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Notes infirmières <input checked="" type="checkbox"/> Notes médicales <input checked="" type="checkbox"/> Ordonnances médicales </div> <div> <input type="checkbox"/> Dosage ingesta/excréta <input type="checkbox"/> Signes vitaux <input type="checkbox"/> Laboratoire — <input type="checkbox"/> Biochimie <input type="checkbox"/> Hématologie <input type="checkbox"/> Autre(s) : <input type="checkbox"/> </div>

PARTIE 4. DÉROULEMENT ET DÉTAILS DU SCÉNARIO DE SIMULATION

ÉTAT DU SIMULATEUR OU DU COMÉDIEN(NE)	DISCOURS DU SIMULATEUR OU DU COMÉDIEN(NE)	ACTIONS ATTENDUES DE L'APPRENANT(E)	✓
DÉROULEMENT DANS LE TEMPS : 5 PREMIÈRES MINUTES			
PATIENT(E) ET INTERPRÈTE DEVANT L'ORDINATEUR, SOURIANTS. INTERPRÈTE EST UN MEMBRE DE LA FAMILLE DU PATIENT.	Interprète : fait les présentations et parle pour les deux.	Se présenter Expliquer le rôle de l'interprète (traduire les paroles, ne pas filtrer, ne pas répondre à la place du patient). <i>Adopte des attitudes inclusives (s'adresser au patient, être curieux de sa culture, phrases courtes, etc...)</i>	
	Interprète : « Nous avons besoins d'information sur le Diabète, on sait que c'est pour le diabète de ma mère/père, mais c'est tout. » Si l'apprenant[e] investigue sur les besoins d'apprentissage, l' interprète répond : « on sait que la dose doit être prise le matin. Ma mère/père est +/- correct pour prendre sa glycémie, mais il/elle connaît les signes d' hyperglycémie . Je sais prendre la glycémie de ma mère/père. »	Clarifier les besoins d'enseignement et préciser les objectifs d'enseignements. Valider les signes d'hyper.	

DÉROULEMENT DANS LE TEMPS : 5-15 MINUTES			
<p>LE PATIENT(E) ET L'INTERPRÈTE SONT INTÉRESSÉS, ATTENTIFS ET RÉCEPTIFS.</p> <p>L'INTERPRÈTE TRADUIT AU FUR ET À MESURE CE QUE LA PATIENTE ET L'APPRENANT[E] MENTIONNENT.</p>		<p>Prodiguer l'enseignement en s'adaptant continuellement à l'état et aux besoins immédiats de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effet désiré : diminuer glycémie • Dose • Prise de glycémie prescrite (chaque jour en am, à jeun, pour une semaine) • Heure d'administration (30 minutes avant déjeuner) • Respect de la posologie (ne pas doubler les dose) • Effets secondaires : signes d'hypo • Prise de glycémie prescrite (DIE en am, à jeun, pour une semaine) • Prochaine hémoglobine glyquée dans un mois 	
	<p>Lorsque l'apprenant[e] parle de la FRÉQUENCE DE LA GLYCÉMIE, le patient soupire et discute en argumentant avec sa fille (interprète) dans leur langue.</p> <p>Advenant que l'apprenant[e] n'intervienne pas au-delà de deux minutes, l'interprète dit : « ma mère ne veut rien savoir ».</p>	<p>Laisser la patiente et l'interprète discuter entre elles +/- une minute.</p> <p>Poser des questions sur la discussion qu'elles ont eu.</p> <p>Trouver une solution en partenariat avec elles (ex : patiente prend sa glycémie seule, mais sa fille l'appelle pour diriger les étapes).</p>	
	<p>Lorsque l'apprenant[e] parle de la DOSE DU MÉDICAMENT (1,25 mg) l'interprète répond : « ce n'est pas nécessaire de traduire, car c'est moi qui gère les médicaments ».</p>	<p>Souligner à l'interprète l'importance pour sa mère de connaître elle aussi la posologie du médicament (ex : proche aidant absent)</p>	

	<p>Advenant que l'apprenant[e] ne fournisse pas d'outils d'enseignement ou ne suggère pas de prendre des notes, l'interprète dit : « attendez... allez-vous nous envoyer ces informations-là par internet ou est-ce qu'on doit prendre des notes ».</p> <p>Si l'apprenant[e] utilise des PHRASES trop longues ou que le LANGAGE est inadapté au patient, l'interprète doit le mentionner à l'apprenant[e].</p>	<p><i>Communication inclusive et outils adaptés.</i></p>	
	<p>La patiente/interprète énumèrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisser la glycémie • Dose : 1,25 mg chaque jour • Prendre 30 minutes avant déjeuner • Ne pas doubler les doses • Effets secondaires : signes d'hypo (tremblement, faim, pâleur, fatigue) • Prendre glycémie chaque jour le matin, avant de déjeuner pour 7 jours. • Prochaine prise de sang dans un mois <p>Advenant que l'apprenant[e] demande si l'enseignement était clair, l'interprète/patiente répondent : « oui, très clair. »</p> <p>Advenant que l'apprenant[e] demande si elles ont des questions, l'interprète/patiente répondent : « non, aucune »</p>	<p>Valider les apprentissages prodiguer à la personne.</p>	
	<p>L'interprète répond : « je sens que ma mère est un peu nerveuse de ce changement de médication. Je vais communiquer avec vous si je sens que ça l'inquiète trop ou que je remarque qu'elle est incapable de prendre sa glycémie seule. »</p>	<p><i>Vérifier avec l'interprète s'il a remarqué quelque chose de pertinent en tant qu'intervenant.</i></p>	
	<p>L'interprète/patiente répondent : « CLSC, belle-sœur (infirmière), fils »</p>	<p>Conclure la conversation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valider les ressources connues de la patiente. - Remercier 	

PARTIE 5. AIDE-MÉMOIRE DU DÉROULEMENT DE L'ACTIVITÉ DE SIMULATION

PLANIFICATION DE L'ACTIVITÉ DE SIMULATION

DEUX JOURS AVANT L'ACTIVITÉ DE SIMULATION :

- ☐ Acheminer, à la technicienne de la simulation, la : *Partie 3. Fiche de préparation du patient(e) et de l'environnement*
- ☒ Acheminer à la comédienne ou au comédien, les : *Partie 4. Déroulement et détails du scénario* et *Partie 6. Guide de l'apprenant(e)*
- ☐ Autres particularités :

PÉRIODE PRÉPARATOIRE (POUR LES ÉTUDIANTES ET LES ÉTUDIANTS)

SEPT JOURS AVANT L'ACTIVITÉ DE SIMULATION :

- ☒ Envoyer un courriel aux étudiantes et aux étudiants avec les informations suivantes :
 - Date, heure, durée et local de l'activité
 - Raison de la rencontre
 - Obligation du port de l'uniforme (salle de toilette à proximité, casiers accessibles, cadenas obligatoire)
 - Outils de travail : stéthoscope, crayon à l'encre, montre avec trotteuse, carte d'identité étudiante
 - Lecture du Guide de préparation de l'étudiant(e)
 - Préparation à l'activité de simulation en lien avec la *Partie 5. Guide de l'apprenant(e)*
- ☐ Autres particularités :

PÉRIODE BREFFAGE

- ☒ Créer un environnement sécuritaire : Droit à l'erreur, consentement de confidentialité, attitudes attendues (carnet des apprenants)
- ☒ Compétences à développer et objectifs à atteindre.
- ☒ Autres particularités : comprendre que ce qui est observé est la compétence culturelle et non la qualité de l'enseignement, spécifiez les thèmes abordés dans l'enseignement

PÉRIODE DÉBREFFAGE
ÉTAPE 1. VENTILATION DES ÉMOTIONS
<input checked="" type="checkbox"/> Retour sur les <i>émotions vécues</i> pendant la simulation.
PHASE 2. RETOUR SUR L'ACTIVITÉ DE SIMULATION
<input checked="" type="checkbox"/> Retour sur les deux premiers objectifs (un à un) 1) PRODIGUER UN ENSEIGNEMENT CULTURELLEMENT ADAPTÉ DURANT TOUTE LA PÉRIODE DE SIMULATION. 2) ADOPTER UN SAVOIR-ÊTRE (ATTITUDE) CULTURELLEMENT INCLUSIF DURANT TOUTE LA PÉRIODE DE SIMULATION. <input checked="" type="checkbox"/> Questionnement réflexif sur les éléments suivants (TROISIÈME OBJECTIF) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Techniques de communication utilisées pour établir un climat de confiance ?</i> ✓ <i>Difficultés ressenties par rapport à la communication</i> ✓ <i>Les atouts et limites des interprètes en contexte clinique. (famille, confidentialité, pouvoir agir/choisir)</i> ✓ <i>Défis structurels rencontrés lors de la simulation (temps).</i> ✓ <i>Points communs entre le patient et lui-même.</i> ✓ <i>Préconceptions ou préjugés, changements en cours de route ?</i> ✓ <i>Types de ressources qui seraient pertinentes pour le patient.</i> ✓ <i>Mesures à mettre en place pour assurer que le patient prenne sa médication de manière sécuritaire.</i> ✓ <i>Forces et les points à améliorer en contexte pluriculturel.</i> <input checked="" type="checkbox"/> Autres éléments à aborder au besoin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Qu'est-ce qui a été fait qui devrait être modifié et ou amélioré ? ✓ Pour quelle raison vous avez fait cela ainsi ? ✓ Qu'est-ce qui a été oublié ? ✓ Que pourrions-nous faire à la place ? Quelle serait l'alternative ? ✓ Quelles sont les conséquences possibles de... (erreurs) ? ✓ Utilité de l'outils : Aide-Mémoire à l'intention de professionnels de la santé : Pour travailler efficacement avec un interprète
PHASE 3. RÉSUMÉ
<input checked="" type="checkbox"/> Questionnement réflexif sur les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quels sont les <i>apprentissages</i> que vous avez réalisés avec cette situation ? ✓ Quels sont les apprentissages plus pertinents que vous allez <i>transférer lors de vos stages</i> ? ✓ Quels <i>moyens</i> allez-vous prendre pour améliorer vos compétences ?

PARTIE 6. GUIDE DE L'APPRENANT(E)

TITRE DU SCÉNARIO
Enseignement à distance de la médication en contexte pluriculturel
RÉSUMÉ DU SCÉNARIO
<p>Madame Silva est âgée de 90 ans, elle est connue pour HTA, dyslipidémie et diabète de type 2. Son médecin lui a prescrit du Gliburide (Diabéta) en plus de son Metformin (Glucophage).</p> <p>Vous travaillez au CLSC, vous avez un enseignement virtuel de planifier avec Madame Silva et son interprète sur sa nouvelle médication.</p>
OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE
<p>PRODIGUER UN ENSEIGNEMENT CULTURELLEMENT ADAPTÉ DURANT TOUTE LA PÉRIODE DE L'ENTRETIEN VIRTUEL.</p> <p>ADOPTER UN SAVOIR-ÊTRE (ATTITUDE) CULTURELLEMENT INCLUSIF DURANT TOUTE LA PÉRIODE DE L'ENTRETIEN VIRTUEL.</p> <p>S'ENGAGER DANS UNE PRATIQUE RÉFLEXIVE SUR LES DÉFIS D'UNE SOCIÉTÉ PLURIELLE EN CONTEXTE DE SOINS INFIRMIERS LORS DU DÉBREFFAGE.</p>
RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
<p>Skidmore-Roth, L. (2016). <i>Guide des médicaments</i>. Montréal, Canada : Chenelière Éducation Inc., p.503 à 505</p> <p>Gouvernement du Québec. (2013). <i>Pour travailler efficacement avec un interprète</i>. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p>Lien : https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/pour-travailler-efficacement-avec-un-interprete/</p> <p>Phaneuf, M. (2005). Enseigner pour soigner. <i>Prendre de soins</i>, (s.l.).</p> <p>Lien : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Enseigner-pour-soigner.pdf</p>



Collège de
Maisonneuve

Guide d'information du (de la) participant(e) *SIMaisonneuve*

Titre du scénario : Enseignement à distance de la
médication en contexte pluriculturel

2020/06

Brefpage : Indications pour la simulation

Éléments à aborder pour l'enseignement (*pas d'autres choses*)

- Effet désiré
- Dose
- Heure d'administration du médicament
- Respect de la posologie
- Effets secondaires
- Horaire de glycémie
- Prochaine hémoglobine glyquée

CLSC de la simulation Maisonneuve

Dossier : #####

Nom : Silva Antonela

Dossier : 25242

Ass maladie : ALMS 8013 2810

Age : 90 ans

[illegible]

CLSC de la simulation Maisonneuve : Protocole thérapeutique infirmier

Dossier : #####

Nom : Silva Antonela

Dossier : 25242

Ass maladie : ALMS 8013 2810

Age : 90 ans

Tel : (514) 254-7131

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
20.08. xx	11 : 00	1	DB II débalancé	ME				
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
20.08. xx	11 : 00	1	Enseignement sur nouvelle médication : Diabéta, avant le					
			début de l'auto-administration.	ME				

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme /Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme /Service
Magda Elinora inf.	ME				

ANNEXE P. MODIFICATIONS DES DOCUMENTS

Fiche d'information du participant

Bonjour à vous,

Ayant signifié votre intérêt à poursuivre votre participation à la recherche, je vous invite à lire attentivement les informations contenues dans ce document afin que vous compreniez le but de la recherche et ce qu'elle impliquera. Prenez en note vos questions et vos besoins de clarification, nous en parlerons lors de la rencontre faite avant le recrutement.

Titre du projet de recherche : *Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au niveau collégial.*

12. Quel est l'objectif du projet ?

Ce projet vise à l'amélioration des connaissances en termes de développement de la compétence culturelle chez les étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au collégial.

13. Quels seront les participants choisis ?

Les participants visés par la recherche sont les étudiants (4^e, 5^e et 6^e session) inscrits au programme de Soins infirmiers au Collège de Maisonneuve de la formation régulière et continue. Un maximum de 6 étudiants sera choisi. Vous ne pouvez toutefois pas faire partie des étudiants qui iront en stage avec la chercheuse à la session H2020.

Dans le cas où le nombre de répondants dépassent le nombre de participants souhaités, la chercheuse tentera de représenter au mieux la population du programme SIN dans sa diversité. Les participants seront choisis de façon aléatoire en considérant certains critères comme le genre, leur cheminement et leur origine.

14. Qu'est-ce que votre participation implique ?

La recherche se divise en trois étapes qui seront toutes réalisées en visioconférence via l'application *Teams*.

La première consiste en un groupe de discussion où vous échangerez vos idées concernant le concept de la culture en soins infirmiers, les habiletés infirmières à développer en contexte de diversité et sur les incidents critiques (2h).

La deuxième étape consiste en une simulation faite de manière individuelle. Vous aurez aussi à partager votre expérience après la simulation à l'intérieur d'une entrevue faite avec la chercheuse (1h).

Pour la troisième étape, vous serez amenés à visionner toutes les simulations individuelles puis à discuter en groupe des différentes performances de chacun et ce, à des fins de développement de la compétence culturelle en soins infirmiers (3h).

Notez qu'à chaque étape, la chercheuse prendra des notes et enregistrera les discussions. Les dates des différentes étapes de la recherche sont à confirmer avec vos disponibilités. La chercheuse vise toutefois que toutes les étapes soient terminées **pour le début novembre 2020.**

15. Dois-je participer ?

Votre participation est entièrement volontaire. C'est à vous de décider si vous voulez participer. La chercheuse décrira l'étude, expliquera les principes de la simulation et répondra à vos questions lors de la rencontre pré-recrutement. Si vous êtes choisis, la chercheuse vous demandera alors de signer un formulaire de consentement éclairé pour attester que vous avez accepté de participer.

16. Dépenses et paiements ?

Vous ne recevrez aucune indemnité ou compensation financière à prendre part à la recherche.

17. Quels sont les inconvénients et risques à participer ?

Les **risques** possibles pour vous sont **minimaux**, toutefois, le contexte de simulation peut parfois être stressant, car vous serez observés par la chercheuse et votre performance en simulation sera visionnée ultérieurement par les autres participants. Cette étape permet à tous d'être témoin des bons et des moins bons coups de chaque participant. La période de discussion qui suit la simulation et le visionnement de toutes les simulations permet aux participants d'échanger sur l'expérience vécue et stimulent la construction des connaissances et enrichissent la pratique. Il faut noter que la chercheuse veillera particulièrement à créer un climat de confiance où l'apprentissage, la collaboration et la bienveillance seront au cœur de toutes interventions et de tous les échanges. Si toutefois il arrivait que vous ayez besoin d'un support supplémentaire, la chercheuse pourra alors vous référer à des ressources au collège ou des ressources externes. Tout dépendant de l'horaire des participants, le temps dédié à la collaboration à la recherche pourrait être un inconvénient.

18. Quels sont les avantages potentiels à participer ?

Vous aurez l'opportunité d'élargir votre pratique infirmière en vivant deux expériences cliniques simulées qui vous permettront d'explorer et d'identifier vos habiletés culturelles infirmières ainsi que de prendre conscience de vos propres défis par rapport à la pratique infirmière en contexte de diversité culturelle.

19. Qu'en est-il de la confidentialité ?

Tous les participants y compris les acteurs incarnant des patients auront à signer un formulaire de confidentialité. Par contre, comme les participants seront présents ensemble lors du groupe de discussion et de la simulation de groupe, leur anonymat ne sera pas préservé au sein du groupe.

De plus, bien que tous les participants aux simulations de groupe auront signé une entente de confidentialité, la chercheuse responsable de cette étude ne peut garantir la confidentialité des propos tenus par les participants lors de ces rencontres.

Les **données** issues des observations et des enregistrements seront colligées et traitées de manière **anonyme et confidentielle**. Seule la chercheuse aura accès aux données. Vos noms seront modifiés lors de l'organisation des données. Celles-ci seront sécurisées sur l'ordinateur de la chercheuse qu'elle laissera chez elle. Un mot de passe connu d'elle seule lui permettra d'être l'unique utilisatrice. Tous documents papiers seront conservés dans un classeur fermé à clé.

Toutes les données seront détruites de façon sécuritaire, au plus tard cinq ans après la fin de la recherche.

L'application Teams de Microsoft s'assure que les « conversations virtuelles sont privées et sûres [et que] la confidentialité et la sécurité ne sont jamais reléguées au second plan » (Microsoft, 2020).

Votre consentement à participer implique également que vous acceptez que les résultats de cette recherche puissent être publiés dans des revues professionnelles ou présentés à l'occasion de conférences. Il est à noter qu'aucune donnée partagée ne pourra violer la confidentialité individuelle de chaque participant.

20. Que se passera-t'il si je ne poursuis pas l'étude ?

Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification. Si vous le désirez, les données collectées de manière individuelle pourront être supprimées de la recherche, toutefois, les données colligées lors du groupe de discussion et de la simulation de groupe ne pourront être effacées.

21. Qui organise ou sponsor cette étude ?

Aucun sponsor.

La chercheuse organise cette étude.

22. Pour plus d'information et coordonnées

Si vous souhaitez plus d'informations sur la recherche ou si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à me contacter par email mellis@cmaisonneuve.qc.ca

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, recevez mes salutations distinguées,

Mireille Ellis, Enseignante de soins infirmiers et chercheuse, Collège de Maisonneuve

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Titre du projet de recherche : *Impact de la pratique réflexive en simulation sur le développement de la compétence culturelle : une recherche-intervention menée auprès des étudiantes et étudiants inscrits au programme de Soins infirmiers au niveau collégial.*

Chercheuse : Mireille Ellis

Veillez remplir et signer ce formulaire après avoir lu et compris la fiche d'information de l'étude. Lisez les instructions suivantes et sélectionnez « oui » ou « non » dans la zone de droite.

- | | |
|---|--|
| 8. Je confirme avoir lu et compris la fiche d'information de l'étude pour l'étude ci-dessus. J'ai eu l'occasion d'examiner l'information et de poser des questions auxquelles la chercheuse a répondu de manière satisfaisante. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans inconvénient d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la chercheuse. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |
| 10. Si je décide de me retirer, je comprends que les données colligées en entrevue et simulation de groupe , ne seront pas détruites. Je peux me retirer librement à n'importe quel stade de l'étude. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |
| 11. J'accepte de participer en prenant part aux trois étapes de la recherche. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |
| 12. Je comprends que les activités en groupe doivent se faire dans une optique d'apprentissage où le respect et la collaboration sont de mise. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |
| 13. Je comprends que mes données rendues anonymes seront utilisées dans le rapport de recherche, un article publié et des conférences. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |
| 14. J'accepte de participer à cette étude. | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/> |

Nom du participant

Date

Signature

Nom de la chercheuse

Date

Signature

Veillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour toute communication éventuelle et remettre le second à la chercheuse.

ANNEXE Q. LETTRE D'INVITATION-ACTRICE ET ACTEUR

Montréal, février 2020

A/s Acteurs et actrices

Bonjour à vous,

Je sollicite votre participation à un projet de recherche visant le développement de la compétence culturelle infirmière dans le programme de Soins infirmiers au collégial.

Depuis plusieurs mois, je poursuis mes études universitaires à la maîtrise en enseignement au collégial. Mon expertise se développe progressivement au niveau de l'impact de la diversité culturelle dans les services de soins de santé. Le rôle de l'infirmière et l'infirmier étant central pour réduire les disparités en santé reliées à la culture, j'ai décidé de diriger mes travaux pour cet essai dans l'optique de mieux préparer les étudiantes et étudiants à la réalité plurielle de la société québécoise.

L'objectif général de cette recherche est de mesurer l'impact de la pratique réflexive des étudiantes et étudiants, inscrit au programme de Soins infirmiers au collégial, sur le développement de la compétence culturelle infirmière en contexte clinique.

Pour ce faire chacun des étudiants se soumettra à une simulation individuelle qui imite une situation clinique, cette simulation se fera en visioconférence via l'application Microsoft Teams. Chacune des simulations sera enregistrée puis visionnée par tous les participants lors d'une rencontre de groupe.

La simulation en contexte clinique nécessite qu'un patient fictif soit incarné par un acteur ou une actrice qui sera spécialement encadré au préalable par la chercheuse. Les interventions qui seront exercées sont de l'ordre de 1) l'enseignement et 2) la collecte de données et 3) l'examen physique. Il faut noter qu'aucune intervention invasive ou geste technique effractive ne sera effectué. Ceci dit, les défis des étudiantes ou étudiants ne seront pas de l'ordre des interventions mais plutôt dirigés vers les interactions et la communication. Effectivement, les patients fictifs auront un bagage culturellement différent qui affectera les échanges et la relation de confiance avec l'étudiant en soins infirmiers.

Le groupe de participants sera composé d'un **maximum de 6 personnes**.

PARTICIPATION

Si vous désirez participer à la simulation comme acteur ou actrice, vous devez répondre aux **critères** suivants :

- Avoir 18 ans et plus.
- Être disponible pour une rencontre de 3 heures avec la chercheuse préalablement à la simulation.
- Être disponible aux dates de simulation prévue. (À venir)

Prenez note que votre **participation** à ce projet se fait sur une base **volontaire**. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir d'inconvénient de quelque nature que ce soit. Aucune compensation ne sera offerte pour votre participation.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Les **risques** possibles pour vous sont **minimaux**, toutefois, le contexte de simulation ~~en groupe et individuel~~ peut parfois être stressant pour les étudiants. Leurs ~~interventions~~ **interactions** ne seront pas toutes optimales, car ils sont en contexte d'apprentissage.

AVANTAGES

Vous aurez l'opportunité de participer au développement de la compétence culturelle de futures infirmières et futurs infirmiers. La reconnaissance de votre précieuse participation sera insérée dans la section des remerciements dans l'essai de maîtrise de la chercheuse.

CONFIDENTIALITÉ

Les **données** seront colligées et traitées de manière **anonyme et confidentielle**. Seule la chercheuse aura accès aux données. Les acteurs et actrices joueront sous des pseudonymes. Vos noms pourront être cités dans la section remerciements de l'essai si vous le désirez sinon une mention générale de la participation des acteurs et actrices sera déjà incluse dans cette section. Les noms des étudiants participants seront modifiés lors de l'organisation des données. Les données recueillies seront sécurisées sur l'ordinateur de la chercheuse qu'elle laissera chez elle. Un mot de passe connu d'elle seule lui permettra d'être l'unique utilisatrice. Tous documents papiers seront conservés dans un classeur fermé à clé.

L'application Teams de Microsoft s'assure que les « conversations virtuelles sont privées et sûres [et que] la confidentialité et la sécurité ne sont jamais reléguées au second plan » (Microsoft, 2020).

Toutes les données seront détruites de façon sécuritaire, au plus tard cinq ans après la fin de la recherche.

Votre consentement à participer implique également que vous acceptez que les résultats de cette recherche puissent être publiés dans des revues professionnelles ou présentés à l'occasion de conférences. Il est à noter qu'aucune donnée partagée ne pourrait violer la confidentialité individuelle de chaque participant.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, recevez mes salutations distinguées,

Mireille Ellis, Enseignante de soins infirmiers au Collège de Maisonneuve

mellis@cmaisonneuve.qc.ca

ANNEXE R. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-ACTRICE ET ACTEUR

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre : **Développement de la compétence culturelle dans le programme de Soins infirmiers au collégial**

Je, (nom et prénom – lettres moulées) _____, déclare avoir pris connaissance des informations dans le présent document et comprendre la nature de ma collaboration, de ses avantages, des risques et des inconvénients associés.

Tout dépendant de mes disponibilités, je désire participer à la recherche à titre d'acteur ou d'actrice (cochez une case) :

- 1. ~~Pour la simulation de groupe (45 minutes)~~ ☐
- 2. Pour la simulation individuelle (15 minutes par étudiant) ☐
- 3. ~~Pour la simulation de groupe et une simulation individuelle~~ ☐

J'accepte que mon nom soit intégralement cité dans la section des remerciements de l'essai de maîtrise de la chercheuse (cochez une case) :

- Oui ☐
- Non ☐

Je comprends que ma participation se fait sur une base totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans inconvénient d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la chercheuse, Mme Mireille Ellis.

Signature du participant : _____

Date : _____

Signature de la chercheuse : _____

Mireille Ellis, chercheuse et enseignante, Collège de Maisonneuve